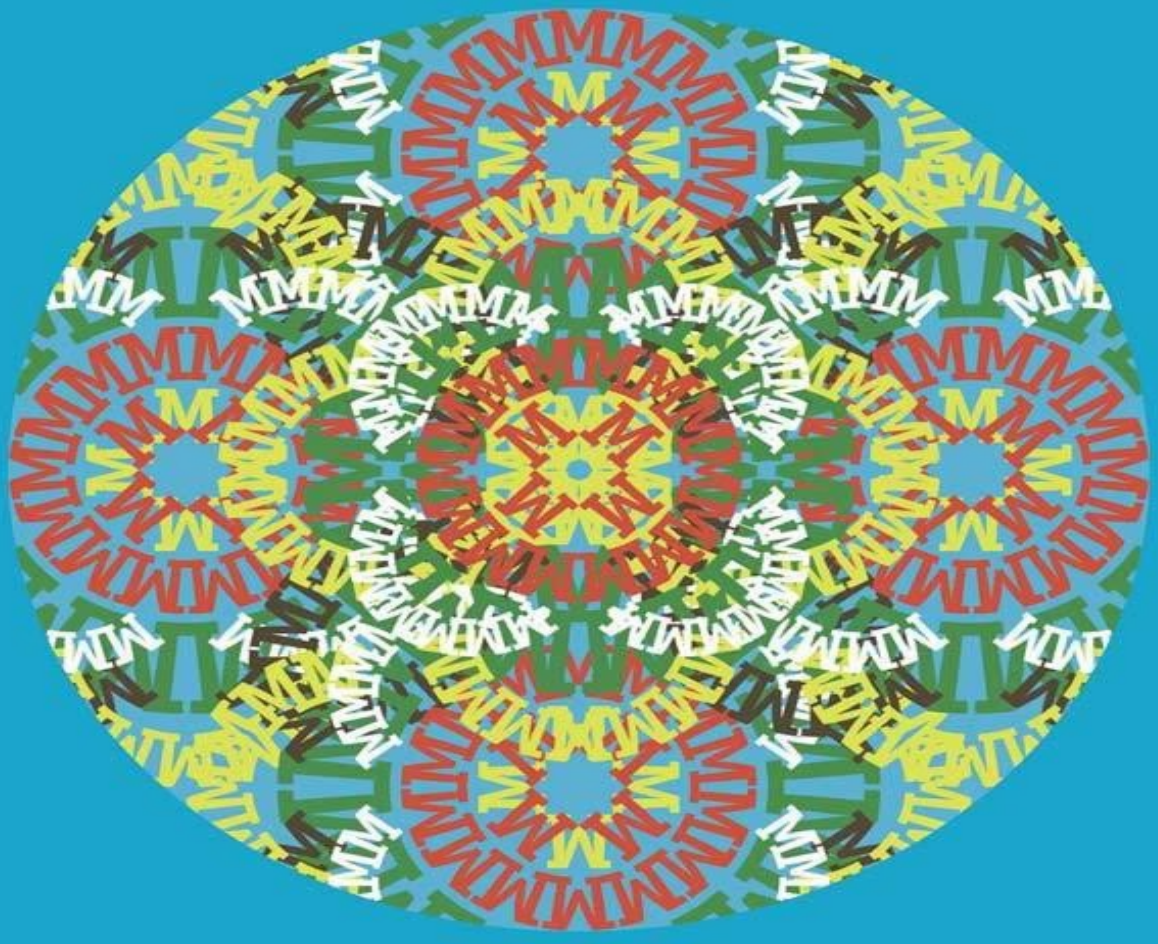
Mindfulness în psihoterapie

coord.
Christopher K. Germer
Ronald D. Siegel
Paul R. Fulton



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Prefață

Cartea aceasta nu e despre nimic special. E despre o formă simplă de conștientizare — mindfulness — disponibilă pentru oricine în orice moment. Când începi să citești prefața aceasta, de exemplu, poate că atenția îți e atrasă de cuvintele pe care le citești sau poate că te întrebi dacă merită osteneala cartea aceasta. Știi unde e atenția ta? S-a îndepărtat deja de pagina aceasta? E ceva normal ca mintea să rătăcească, dar îți dai seama când se întâmplă asta și la ce te gândești? Și care e calitatea conștientizării tale — relaxată, curioasă și alertă sau poate puțin distrasă și anxioasă? Mindfulness înseamnă doar să fii conștient unde îți este mintea dintr-un moment în celălalt, cu acceptare blândă. Acest gen de acceptare cu inima deschisă poate avea un efect de transformare puternică a vieților noastre zilnice. Putem învăța să ne bucurăm de lucrurile foarte banale — cum ar fi aroma unui măr — sau să tolerăm greutăți mari — cum ar fi moartea unei persoane dragi — învățând doar să practicăm mindfulness-ul.

Cartea aceasta este, de asemenea, o carte scrisă *de* terapeuți clinicieni *pentru* terapeuți clinicieni. Prima ediție, publicată în 2005, a fost rezultatul a 20 de ani de întâlniri lunare ale unui mic grup de psihoterapeuți, care s-au trezit atrași de practicile gemene ale meditației cu mindfulness și psihoterapiei. Pe măsură ce

curiozitatea în privința mindfulness-ului a crescut în cadrul comunității psihoterapeutice, au cerut și alți terapeuți clinicieni să participe la discuțiile noastre și am extins discursul la nivelul arenei publice. Prima noastră conferință a avut loc în 1994, iar peste doi ani am format Institutul pentru Meditație și Psihoterapie (IMP). IMP sponsorizează, în prezent, o gamă largă de programe locale, naționale și online pentru continuarea educației.

Multe s-au întâmplat în domeniul nostru de la prima ediție a acestei cărți. Numărul de articole despre mindfulness din literatură a crescut exponențial, alături de înmulțirea tehnicilor de imagistică cerebrală, care pot măsura efectele mindfulness-ului asupra creierului chiar și la zile sau săptămâni după meditație. Testele clinice controlate randomizate pentru intervențiile bazate pe mindfulness și metaanalizele acelor studii demonstrează acum clar

eficienţa mindfulness-ului pentru o gamă largă de tulburări psihologice şi populaţii de pacienţi. Mindfulness pare să se fi transformat într-un model de terapie de sine stătătoare — alături de abordările cognitiv-comportamentală, psihodinamică, umanistă şi sistemică —, fiind recunoscută ca mecanism de acţiune în psihoterapie în general.

Toată această creştere rapidă înseamnă că mica noastră gaşcă de psihoterapeuţi a avut plăcerea de a lua parte la conversaţii incitante cu terapeuţi clinicieni, oameni de ştiinţă, academicieni şi profesori de meditaţie din toată lumea, deveniţi

şi mai accesibili graţie expansiunii internetului. Ediţia curentă a cărţii acesteia reprezintă un efort de a distila volumul nou enorm de teorie şi cercetare pentru a obţine ceea ce prezintă cel mai mare interes şi e esenţial pentru clinicianul practician. Au fost adăugate cărţii capitole scrise de experţi de prim rang în traumă, dependenţă şi neuroştiinţă şi aproape toate capitolele anterioare au fost actualizate, fapt care a dus la un volum cu texte mai ales noi.

Chiar dacă autorii acestei cărţi au îmbătrânit în decursul ultimelor trei decenii, nu la fel stau lucrurile cu experienţa directă cu mindfulness. Mindfulness reprezintă o sursă regenerabilă de energie şi încântare. Poate fi experimentată lesne de oricine, dar nu poate fi descrisă cu uşurinţă. Conştientizarea cu mindfulness se face mai ales prin experienţă, este nonverbală (respectiv, senzorială, somatică, intuitivă, emoţională) şi necesită o oarecare exersare pentru a se dezvolta. Ca orice abilitate dobândită, experienţa mindfulness se stabilizează prin practicarea frecventă.

Întrebarea care apare imediat în minţile terapeuţilor clinicieni este cum *să integrăm* mindfulness în practica noastră zilnică de psihoterapie. Întrebarea aceasta duce neîntârziat la numeroase altele, la interfaţa mindfulness-ului şi psihoterapiei, printre care se numără şi:

• Ce este, de fapt, mindfulness-ul?

• Mindfulness-ul este o nouă terapie sau un factor comun în toată terapia?

• Ce legătură are meditatul cu relaţionarea cu o altă persoană în cadrul

psihoterapiei?

• Ce poate oferi o abordare de tip mindfulness pacienţilor care suferă de afecţiuni precum anxietate, depresie, traumă, abuz de substanţe sau durere cronică?

• Îi putem învăţa pe copii mindfulness-ul? Dacă da, cum anume?

• Cum şi când ar trebui introdus mindfulness-ul în psihoterapie?

• Ce poate face meditaţia cu mindfulness şi nu poate terapia, respectiv invers?

• Care este rolul comportamentului etic în cultivarea mindfulness-ului?

• Ce legătură există între mindfulness şi înţelepciune şi compasiune?

• Cum poate contribui neuroştiinţa la modul în care înţelegem mindfulness-ul?

• Care e legătura dintre mindfulness-ul terapeutic şi rădăcinile sale antice?

• Poate psihologia budistă să contribuie la domeniul psihologiei pozitive?

Cu siguranţă, cartea aceasta va naşte mai multe întrebări decât cele pentru care va oferi un răspuns. Sperăm că va contribui la conversaţia solidă care se

derulează acum în cadrul profesiei noastre.

Poate unii cititori se întreabă care e legătura dintre mindfulness şi psihologia budistă sau filosofie. Mindfulness-ul e inima psihologiei budiste. Majoritatea autorilor acestui volum se consideră elevi ai psihologiei şi meditaţiei budiste, nu budişti per se. Cum se spune: „E mai bine să fii Buddha decât să fii budist". În mod similar, atunci când în cadrul terapiei sunt predate abilităţi de mindfulness, clienţii nu trebuie să adopte o religie nouă sau un stil exotic de viaţă pentru a putea beneficia de pe urma acestora. Pe măsură ce teoria şi practica mindfulness se înrădăcinează din ce în ce mai mult în ştiinţă, temerile în acest sens par a se diminua.

Una dintre provocările acestei cărţi a fost aceea de a avea o voce consecventă

în timp ce prezentăm o gamă largă de perspective a 18 autori diferiți. Obiectivul nostru optimist a fost acela de a coase laolaltă o cuvertură din petice atrăgătoare.

O parte din însăilarea acestei cărți a presupus să ajungem la o folosire consecventă a termenilor *client* și *pacient.* Profesia noastră nu a tranșat încă lucrurile în această discuție și nu am făcut-o nici noi. Și totuși, după o serie de explorări, am decis să folosim mai des în text cuvântul *pacient.* Din punct de vedere etimologic, *pacient* este „cel care îndură suferință", în vreme ce *client* înseamnă „cel care se pune sub protecția unui patron“. Dat fiind că doctor înseamnă „profesor”, se poate spune că doftoricim pacienții sau că „învățăm oamenii care îndură suferință". Acest

sens este paralel cu folosirea originală a lui mindfulness de acum 2500 de ani — o învățătură care ușurează suferința.

Mindfulness-ul reprezintă o ocazie de a fi pe deplin vii și treji în propriile vieți. Cei mai mulți terapeuți nu uită ce privilegiați sunt să participe atât de profund la viețile semenilor noștri. Iubim, râdem și plângem împreună, tânjim și ne temem împreună, reușim și eșuăm împreună și fiecare întâlnire prețioasă devine mai clară. Vrem să scoatem tot ce putem din fiecare moment de terapie. În ideea aceasta le oferim colegilor noștri cartea de față.

Mulțumiri

Numeroşi oameni au contribuit la dezvoltarea cărţii acesteia. Fiecare dintre autori a avut privilegiul de a învăța, de-a lungul multor ani, de la profesori și colegi din lumea clinică, precum și din lumea meditației. Deși contribuțiile particulare regăsite în paginile acestea ne aparţin, ele au la bază percepţii ale celor care au fost înainte. Am dori să mulţumim în mod deosebit unora dintre persoanele care ne-au influențat pe unul sau pe mai mulți dintre noi ca psihoterapeuți și/sau ca elevi în domeniul meditației: Dan Brown, Richard Chasin, Pema Chödrön, Sfinția Sa Dalai Lama, Jay Efran, Jack Engler, Robert Fox, Joseph Goldstein, Thich Nhat Hanh, Les Havens, Judith Jordan, Jon Kabat-Zinn, Anna Klegon, Jack Kornfield, Robert Levine, Narayan Liebenson-Grady, Joanna Macy, Jean Baker Miller, Norby Mintz, Sakyong Mipham, Ginny Morgan, Ram Das, Larry Rosenberg, Paul Russell, Sharon Salzberg, Seung Sahn, Irene Stiver, Larry Strasburger, Maurine Stuart, Shunryu Suzuki, Vimala Taker, Chögyam Trungpa și Rama Jyoti Vernon.

Mulți alții și-au oferit sprijinul direct și indirect pentru munca noastră: Kristy Arborn pentru grija ei administrativă; lui Jerry Bass, Doriana Chialant, Rob Guerette, Ed Hauben, Jerry Murphy, Nancy Riemer și Mark Sorensen pentru îndrumarea lor înțeleaptă: lui Chris Willard pentru contribuția sa la capitolul despre

mindfulness și copii; și lui David Black pentru resursa remarcabilă *Mindfulness Research Monthly* (Revista lunară a cercetărilor legate de mindfulness). Mulțumim, de asemenea, Institutului Național de Sănătate Mentală (Bursa nr. MH074589) pentru finanțarea activității descrise în Capitolul 9.

Îi suntem deosebit de recunoscători redactorului-șef Jim Nageotte de la Guilford Press, care a păstorit cu răbdare cartea aceasta de la idee la realitate și ale cărui puncte de vedere și sugestii nenumărate au contribuit semnificativ la manuscrisul final; redactorului-șef asistent Jane Keislar, care a conferit unitate demersului nostru; redactorului nostru șef de producție, Laura Patchkofsky; lui Paul Gordon, care reușește de fiecare dată să creeze o copertă frumoasă și nenumăratelor mâini nevăzute de la Guilford Press, care

lucrează împreună pentru a face publicarea unei cărţi cât se poate de lină pentru autorii stresaţi.

În toate eforturile noastre ne amintim de răposatul nostru prieten şi coleg Phil Aranow, ale cărui capacitate de anticipare şi viziune neclintită au dus la fondarea Institutului pentru Meditaţie şi Psihoterapie şi a cărui amintire continuă să ne ghideze.

Le suntem, de asemenea, foarte recunoscători pacienţilor noştri, care ne-au încredinţat minţile şi inimile lor şi care ne-au învăţat cea mai mare parte din ce ştim despre activitatea clinică.

În cele din urmă, nu le putem mulţumi îndeajuns familiilor şi prietenilor noştri pentru dragostea, sprijinul şi sacrificiul lor pe parcursul procesului scoaterii la lumină a acestei a doua ediţii.

Partea I

Semnificația mindfulness-ului

Pe măsură ce interesul pentru mindfulness crește în rândul clinicienilor și cercetătorilor, semnificaţiile termenului sunt și ele în permanentă expansiune. Pentru a înțelege cum anume pot practicile mindfulness să informeze psihoterapia și cum anume poate psihoterapia să îmbogățească practicile mindfulness, e util să avem o înțelegere clară asupra a ceea ce este mindfulness și a felului în care practica mindfulness-ului relaţionează cu formele tradiționale de psihoterapie.

Pentru a pune piatra de temelie, Capitolul 1 oferă un abecedar al mindfulness-ului și al psihoterapiei — ce este mindfulness-ul, rolurile sale posibile în psihoterapie, diferitele abilităţi implicate în practica mindfulness, istoria mindfulness-ului în psihologia ştiinţifică și cea budistă, și cea ştiinţifică, precum și mindfulness-ul ca nou model de terapie. Pornind de la acest fundament, Capitolul 2 examinează paralelele și diferențele dintre psihologia budistă și abordările psihoterapeutice occidentale fundamentale, explorând ce anume ar putea să își ofere reciproc cele două tradiții.

CAPITOLUL 1

Mindfulness

Ce este? Ce contează?

Christopher K. Germer

A trăi este atât de înfricoşător, nu prea lasă loc pentru alte ocupaţii...

EMILY DICKINSON (1872)

Psihoterapeuţii activează în branşa uşurării suferinţei emoţionale. Suferinţa apare în nenumărate chipuri: ca stres, anxietate, depresie, probleme de comportament, conflicte interpersonale, confuzie, disperare. Este numitorul comun al tuturor diagnosticelor clinice şi este endemică pentru condiţia umană. O parte a suferinţei noastre este existenţială, sub forma bolii, a bătrâneţii şi a morţii. O parte a suferinţei are o notă mai personală. Printre cauzele problemelor noastre personale s-ar putea număra condiţionarea anterioară, circumstanţele actuale, predispoziţia genetică sau orice alţi factori care interacţionează. *Mindfulness*-ul, o modalitate înşelător de simplă de a relaţiona cu experienţa, este folosit de mult timp

pentru a atenua înţepătura problemelor vieţii, mai ales a acelora pe care ni le creăm singuri. În volumul acesta, vom ilustra potenţialul mindfulness-ului de a consolida psihoterapia.

Atunci când vin la terapie, oamenilor le este clar un aspect — *vor să se simtă mai bine*. Adesea, au o serie de idei despre cum să atingă acest obiectiv, deşi terapia nu decurge neapărat conform aşteptărilor.

De exemplu, o tânără cu o tulburare de panică — haideţi să îi spunem Lynn — ar putea suna un terapeut în speranţa că va scăpa de zbuciumul emoţional asociat afecţiunii sale. Poate că Lynn vrea să scape *de* anxietatea ei, dar, pe măsură ce terapia avansează, Lynn descoperă libertatea *în* anxietatea sa. Cum se întâmplă aşa ceva? O alianţă terapeutică puternică îi poate da lui Lynn curajul şi siguranţa necesare pentru a începe să îşi exploreze mai atent panica. Prin intermediul automonitorizării, Lynn devine conştientă de senzaţiile de

anxietate din corpul ei și de gândurile asociate acestora. Învață cum să facă față panicii, liniștindu-se singură prin cuvinte. Când se simte pregătită, Lynn trăiește direct senzațiile de anxietate care declanșează un atac de panică și se testează într-un mall sau într-un avion. Pentru tot acest proces, e necesar ca Lynn să se îndrepte mai întâi *către* anxietatea ei. S-a produs o „momire și schimbare[1]" plină de compasiune.

Terapeuții care acționează conform unui model mai axat pe relație sau

psihodinamic ar putea observa un proces similar. Pe măsură ce relația dintre pacient și terapeut se adâncește, conversația devine mai spontană și mai autentică, iar pacientul dobândește libertatea de a explora ce îl deranjează cu adevărat, într-un mod mai deschis, mai curios. Cu sprijinul relației, pacientul este expus delicat la ce se întâmplă în interior. Pacientul descoperă că nu e necesar să evite experiența pentru a se simți mai bine.

Știm că numeroase forme de psihoterapie care, aparent, nu se aseamănă între ele funcționează (Seligman, 1995; Wampold, 2012). Oare există un factor curativ comun la nivelul modalităților diferite, care să poată fi identificat și rafinat, poate chiar *antrenat*? Mindfulness-ul se dovedește a fi un astfel de ingredient.

O relație specială cu suferința

Terapia reușită schimbă *relația* dintre pacient și suferința sa. Evident, dacă ne supără mai puțin evenimentele din viețile noastre, vom suferi mai puțin. Dar cum am putea fi mai puțin deranjați de experiențele *neplăcute*? Viața include durere. Oare nu se opun trupul și mintea instinctiv, oare nu evită experiențele dureroase? Mindfulness-ul este o capacitate care ne permite să fim mai puțin reactivi la ce se întâmplă în momentul respectiv. E o modalitate de a relaționa cu *toată* experiența

— pozitivă, negativă și neutră — astfel încât suferința noastră, per ansamblu, să se reducă, iar senzația de bunăstare să se amplifice.

A da dovadă de mindfulness înseamnă a te trezi, a recunoaște ce se întâmplă în momentul prezent cu o atitudine prietenoasă. Din păcate, dăm rareori dovadă de mindfulness. De regulă, suntem cuprinși de gânduri care ne distrag

sau opinii despre ce se întâmplă în acel moment. Aceasta e mind*less*ness — absența mindfulness-ului. Printre exemplele de lipsă de mindfulness se numără următoarele (adaptare după *Mindful Attention Awareness Scale* — Scala conștientizării cu o atenție marcată de mindfulness [Brown & Ryan, 2003]):

• Ne grăbim cu activitățile, fără a fi atenți la ele.

• Spargem sau vărsăm lucruri din cauza nepăsării, neatenției sau a faptului că ne gândim la altceva.

• Suntem incapabili să observăm sentimente subtile de tensiune fizică sau disconfort.

• Uităm numele unei persoane aproape imediat ce l-am auzit.

• Ne surprindem preocupați de viitor sau de trecut.

• Ronțăim fără a fi conștienți că mâncăm.

La polul opus, mind*ful*ness ne concentrează atenția asupra sarcinii de efectuat. Când dăm dovadă de mindfulness, atenția noastră nu este prinsă în trecut sau viitor și nu respingem sau nu ne agățăm de ce se întâmplă în momentul respectiv. Suntem prezenți cu inima deschisă. Acest gen de atenție generează energie, claritate a minții și bucurie. Din fericire, e o abilitate care poate fi cultivată de oricine.

Când Gertrude Stein (1922/1993, p.187) a scris: „Un trandafir e un trandafir e un trandafir e un trandafir", îl aducea pe cititor înapoi, iar și iar, la simplul trandafir. Sugera, poate, ce *nu* e un trandafir. Nu e o relație romantică sfârșită tragic cu patru ani în urmă; nu este un imperativ să tunzi tufele la sfârșit de săptămână — e doar un trandafir. Percepția cu acest tip de „atenție goală" este asociată, în general, cu mindfulness.

Cei mai mulți oameni care vin la psihoterapie sunt preocupați de evenimente trecute sau viitoare. De exemplu, oamenii care suferă de depresie simt adesea regrete, tristețe sau vinovăție pentru trecut, iar oamenii anxioși se tem de viitor. Suferința pare a se accentua pe măsură ce ne îndepărtăm de momentul

prezent. Pe măsură ce atenţia ne e absorbită de activitatea mentală şi începem să întoarcem lucrurile pe toate părţile, fără să ne dăm seama că o facem, vieţile noastre cotidiene pot într-adevăr să devină triste. Unii dintre pacienţii noştri au senzaţia că sunt prinşi într-o sală de cinematograf, privind la nesfârşit acelaşi film supărător,

incapabili fiind să plece. Mindfulness-ul ne poate ajuta să ieşim din starea de condiţionare şi să vedem lucrurile cu alţi ochi — să vedem un trandafir aşa cum e el.

Definiţii pentru mindfulness

Termenul *mindfulness* este traducerea în engleză a cuvântului *sati* din Pali. Pali era limba psihologiei budiste acum 2500 de ani, iar mindfulness-ul este învăţătura de bază a acestei tradiţii. *Sati* are conotaţia de *conştientizare, atenţie* şi *amintire*.

Ce este conştientizarea? Brown şi Ryan (2003) definesc conştientizarea şi atenţia sub umbrela conştienţei:

Conştiinţa cuprinde deopotrivă conştientizarea şi atenţia. *Conştientizarea* este „radarul" de fundal al conştiinţei, monitorizând în permanenţă mediul intern şi extern. Cineva poate conştientiza stimulii, fără ca aceştia să fie în centrul atenţiei. *Atenţia* este procesul de concentrare conştientă a conştientizării, oferind o sensibilitate superioară unei game reduse a experienţei (Westen, 1999). De fapt, conştientizarea şi atenţia sunt întreţesute, astfel încât atenţia scoate în permanenţă „figuri“ din „fondul” conştientizării, rămânând centrată pe ele pentru diferite perioade de timp (p. 822).

Când citeşti aceste cuvinte, foloseşti şi conştientizarea, şi atenţia. Un ceainic care fluieră pe fundal ţi-ar putea solicita atenţia dacă devine suficient de sonor, mai ales dacă ai vrea o ceaşcă de ceai. În mod similar, am putea conduce maşina pe un drum familiar, pe „pilot automat", vag conştienţi de drum, dar am reacţiona imediat dacă ne-ar sări un copil în faţă. Mindfulness-ul este opusul lui a funcţiona pe pilot automat, opusul visatului cu ochii deschişi; înseamnă să fii atent la ce iese în evidenţă în momentul prezent.

Mindfulness-ul implică, de asemenea, *amintirea*, dar nu înseamnă şi a locui

în amintire. Presupune să ne amintim să ne reorientăm atenţia şi conştientizarea asupra experienţei curente cu inima deschisă, în mod receptiv. Reorientarea aceasta presupune *intenţia* de a ne abate atenţia de la reverie şi de a resimţi pe deplin momentul prezent.

Cuvântul *mindfulness* poate fi folosit pentru a descrie un *construct* teoretic (ideea de mindfulness), *practici* de cultivare a mindfulness-ului (cum ar fi meditaţia) sau *procese* psihologice (mecanisme de acţiune la nivelul minţii şi creierului). O definiţie elementară a mindfulness-ului este „conştientizare clipă de clipă“. Printre alte definiţii se numără „a păstra conştiinţa activă în faţa realităţii actuale” (Hanh, 1976, p. 11); „conştientizarea clară şi unică a ceea ce ni se întâmplă, de fapt, şi în noi în momente succesive ale percepţiei" (Nyanaponika, 1972, p. 5); şi

„conştientizarea care apare când suntem atenţi, în mod deliberat, în momentul prezent, fără a judeca, la experienţa care are loc clipă de clipă" (Jon Kabat-Zinn, 2003, p. 145). În final, mindfulness nu poate fi cuprinsă pe deplin în cuvinte, fiindcă este o experienţă subtilă nonverbală (Gunaratana, 2002). E diferenţa între *a simţi* un sunet în corp şi a *descrie* ce ai putea auzi.

Mindfulness-ul terapeutic

Este posibil să nu ajungem la o definiţie precisă a stării de mindfulness, dat fiind că definiţiile moderne sunt divergente în raport cu rădăcinile budiste multidimensionale (Grossman, 2011; Olendzki, 2011), iar diferite tradiţii ale psihologiei budiste nu sunt neapărat de acord asupra semnificaţiei mindfulness-ului (Williams şi Kabat-Zinn, 2011). Printre abordările practice ale definirii mindfulness-ului în contextul clinic se numără descoperirea elementelor comune observate în diferite programe de pregătire (Carmody, 2009) sau investigarea a ceea ce pare a le fi de folos pacienţilor în cadrul tratamentului orientat spre mindfulness. În cadrul unei opinii consensuale în rândul experţilor, Bishop şi colegii săi (2004) au propus un model de mindfulness cu două componente: „Prima componentă implică autoreglarea atenţiei, astfel încât să fie menţinută la nivelul experienţei imediate,

permiţând astfel recunoaşterea crescută a evenimentelor mentale în momentul prezent. A doua componentă implică adoptarea unei anumite orientări faţă de experienţă, caracterizată prin curiozitate, deschidere şi acceptare". (p. 232)

Deşi reglarea atenţiei a beneficiat de cea mai mare consideraţie în literatura psihologică în ultimul deceniu, *calitatea* conştientizării cu mindfulness este deosebit de importantă în cadrul clinic, caracterizat prin absenţa judecăţii, bunătate iubitoare şi compasiune. Jon Kabat-Zinn (2005), pionierul cel mai important al mindfulness-ului în domeniul medical, a definit mindfulness-ul ca pe o „conştientizare cu inima deschisă, clipă de clipă, fără judecată" (p. 24). Când ne confruntăm cu emoţii intense şi neîntrerupte, avem nevoie de un răspuns plin de compasiune la propria durere (Feldman şi Kuyken, 2011; Germer, 2009). Dacă terapeutul sau pacientul se îndepărtează de experienţa inconfortabilă cu anxietate sau dezgust, capacitatea noastră de a lucra cu experienţa respectivă se diminuează semnificativ.

Din perspectiva mindfulness-ului, *acceptarea* se referă la capacitatea de a permite experienţei noastre să fie exact aşa cum e *în momentul prezent* — acceptând deopotrivă experienţele plăcute şi dureroase pe măsură ce apar. Acceptarea nu înseamnă sprijinirea comportamentului negativ. Mai degrabă, acceptarea clipă de clipă este un element necesar pentru o schimbare de comportament. „Schimbarea

este sora acceptării, dar este sora mai mică" (Christensen şi Jacobson, 2000, p. 11). Terapeuţii clinicieni orientaţi spre mindfulness consideră că *auto*acceptarea este, de asemenea, centrală în procesul terapeutic (Brach, 2003; Linehan, 1993a). După cum a spus Carl Rogers: „[Mie îmi pare că are valoare în virtutea unui] paradox straniu: când mă accept pe mine însumi aşa cum sunt, mă schimb" (Rogers, 2008, p. 51).

Scurta definiţie a mindfulness-ului pe care o folosim în volumul acesta e *conştientizarea experienţei prezente* cu *acceptare*. Aceste trei componente se regăsesc în cele mai multe discuţii despre mindfulness, atât în literatura psihoterapeutică, precum şi în cea budistă. Componentele sunt amestecate bine într-un moment de mindfulness, dar, în viaţa obişnuită, prezenţa unui element al mindfulness-ului nu le presupune în mod necesar şi pe celelalte. De exemplu, conştientizarea ne poate fi absorbită de trecut, nu de prezent, cum ar fi într-un moment de furie oarbă pentru o nedreptate percepută. Putem avea, de asemenea, conştientizare fără acceptare, cum este cazul cu ruşinea. La fel, acceptarea poate exista fără conştientizare, cum este cazul cu iertarea prematură, iar concentrarea asupra prezentului fără conştientizare poate

apărea într-un moment de intoxicare. Terapeuţii pot folosi aceste trei elemente ca pe o măsură a mindfulness-ului la ei înşişi şi la pacienţii lor. Oare suntem conştienţi de ce se întâmplă în noi şi în jurul nostru, în clipa aceasta,

cu o atitudine de acceptare din inimă?

Mindfulness și niveluri de practică

Mindfulness-ul trebuie simţit pentru a fi cunoscut. Oamenii pot practica mindfulness-ul la grade de intensitate diferite. La unul dintre capetele continuumului practicării se regăseşte mindfulness-ul de fiecare zi. Chiar şi în vieţile noastre cotidiene, pline de presiune şi elemente care ne distrag, putem avea momente de mindfulness. Ne putem rupe, pe moment, de activităţile noastre respirând adânc, conştient, concentrându-ne atenţia şi întrebându-ne:

„Ce simt în corpul meu în clipa asta?"

„Ce sentimente am?"

„La ce mă gândesc?"

„Ce e plin de vioiciune şi viu în conştientizarea mea?"

Nu trebuie nici măcar să fim calmi pentru a avea parte de conştientizare cu mindfulness, cum se întâmplă când descoperim că „sunt foarte furios acum". Asta înseamnă mindfulness în viaţa cotidiană — şi aşa apare, de obicei, în psihoterapie.

La celălalt capăt al continuumului îi regăsim pe asceţii şi profanii care petrec

o cantitate considerabilă de timp meditând. Când avem ocazia să stăm perioade mari de timp cu ochii închişi, într-un loc liniştit, ascuţindu-ne puterea de concentrare asupra unui lucru (de exemplu, respiraţia), mintea devine ca un microscop care poate detecta activitatea mentală fină. Instrucţiunea următoare este un exemplu de practică intensivă de meditaţie:

Dacă ai vreo senzaţie de mâncărime în orice parte a corpului, rămâi cu mintea

la partea aceea şi notează-ţi în minte *mâncărime*... Dacă mâncărimea continuă şi devine prea puternică şi ai intenţia să te scarpini unde te mănâncă, asigură-te că îţi notezi în minte *intenţie*. Ridică lent mâna, observând simultan acţiunea *ridicare* şi *atingere*, când mâna atinge partea care te mănâncă. Freacă încet, conştientizând pe deplin *frecarea*. Când senzaţia de mâncărime a dispărut şi intenţionezi să te opreşti din scărpinat, ai grijă să îţi faci obişnuita notiţă mentală despre *intenţie*. Retrage lent mâna, notând mental, în acelaşi timp, acţiunea, *retragere*. Când mâna revine la locul ei obişnuit, atingând piciorul, *atingere*. (Mahasi, 1971, pp. 5–6)

Nivelul acesta de conştientizare precisă şi subtilă, în care putem detecta „intenţia", necesită clar un nivel neobişnuit de dedicare din partea practicantului. E

remarcabil că instrucţiunea de mai sus e considerată „elementară“. Mahasi Sayadaw scrie că, în etapele mai avansate, „unii meditatori percep distinct trei etape: observarea unui obiect, încetarea observării şi trecerea conştientizării ce ia act de acea încetare — toate într-o succesiune rapidă” (1971, p. 15).

Momentele de mindfulness au anumite aspecte comune, indiferent de locul unde s-ar afla pe continuumul practicii. În viaţa cotidiană, momentul efectiv de trezire, de mindfulness, este, în mare, acelaşi pentru meditatorul cu experienţă şi pentru novice. Momentele de mindfulness sunt:

• *Nonconceptuale*. Mindfulness-ul înseamnă conştientizare întrupată, intuitivă, separată de procesele de gândire.

• *Nonverbale*. Experienţa mindfulness nu poate fi surprinsă în cuvinte, deoarece conştientizarea se produce înainte să apară cuvintele în minte.

• *Orientate spre prezent*. Mindfulness-ul este întotdeauna în momentul prezent. Faptul de a ne lăsa absorbiţi de gânduri ne scoate temporar din momentul prezent.

• *Fără judecată*. Conştientizarea nu se poate produce liber dacă nu ne place ceea ce trăim.

• *Participative*. Mindfulness-ul nu înseamnă să asişti detaşat. Înseamnă să

simţi mintea şi corpul într-un mod intim, dar fără greutăţi.

• *Eliberatoare.* Fiecare moment de conştientizare cu mindfulness oferă puţină libertate faţă de suferinţa condiţionată, puţin loc pe lângă disconfortul nostru.

Calităţile acestea apar simultan în fiecare moment de mindfulness. *Practica* mindfulness este o încercare conştientă de a reveni în momentul prezent cu o conştientizare caldă, iar şi iar, cu toate calităţile enumerate mai sus. Mindfulness-ul în sine nu e ceva neobişnuit; *continuitatea* mindfulness este, într-adevăr, rară.

Înțelepciune și compasiune

Mindfulness-ul nu este un obiectiv în sine — scopul pentru care îl întreţinem este eliberarea de suferinţă. Pe măsură ce starea de mindfulness se aprofundează, cresc şansele să apară înţelepciunea şi compasiunea, iar aceste calităţi duc în mod natural la libertatea psihologică (Germer şi Siegel, 2012). De exemplu, practicarea stării de mindfulness ne eliberează de gândirea repetitivă, fapt care ne permite, la rândul său, să vedem cât de fluide şi mereu în schimbare sunt, de fapt, vieţile noastre, inclusiv sentimentul sinelui. Această înţelegere profundă ne eliberează de nevoia constantă de a ne promova în societate şi de a ne apăra de insultele

meschine. În psihologia budistă, acest lucru e considerat *înţelepciune* — înţelegerea profundă a efemerităţii şi iluzia „sinelui" fix, precum şi înţelegerea felului în care ne putem face singuri nefericiţi luptând cu realitatea momentului prezent.

Filosoful grec Heraclit nota: „Cei care aspiră la înţelepciune fac ce am făcut şi eu: întreabă înlăuntru“ (Hillman, 2003, p. xiii). Buddha spunea: „Vino şi vezi” (Pali: *ehipassiko*). Asocierea strânsă dintre înţelegerea profundă contemplativă şi înţelepciune este motivul pentru care meditaţia cu mindfulness este cunoscută şi sub numele de *meditaţie introspectivă profundă* — practica de a privi înăuntru pentru a vedea lucrurile aşa cum sunt, dincolo de percepţiile noastre condiţionate şi de reacţii, pentru a ne elibera inima şi mintea.

Înţelepciunea şi compasiunea sunt „două aripi ale unei păsări" (Dalai Lama, 2003, p. 56; Germer şi Siegel, 2012). *Compasiunea* se referă la capacitatea de a ne deschide în faţa suferinţei (a noastră şi a altora), alături de dorinţa de a o uşura. Apare natural din înţelepciune — conştientizarea profundă şi acceptarea lucrurilor aşa cum sunt ele de fapt. Compasiunea poate fi cultivată direct şi prin practici voite. Ca terapeuţi, dacă simţim compasiune faţă de un pacient, dar ne lipseşte înţelepciunea, suntem în pericol de a fi copleşiţi de emoţii, incapabili să vedem un drum care să ne scoată din suferinţă şi conchidem că tratamentul e fără de speranţă. În schimb, dacă suntem înţelepţi — dacă pricepem natura completă a

situaţiei pacientului şi ne putem vedea drumul, dar nu suntem în legătură cu disperarea pacientului —, sugestiile noastre terapeutice vor fi pentru pereţi. Terapeuţii au nevoie şi de înţelepciune, şi de compasiune şi pot folosi practicile mindfulness pentru a şi le dezvolta.

Psihoterapeuții și mindfulness-ul

Mindfulness-ul a devenit ceva obişnuit în Statele Unite (Ryan, 2012). În cadrul unui sondaj derulat în 2007, 9,4% dintre americani au declarat că au practicat meditaţia în anul anterior, de la 7,6% cu doar 5 ani înainte (Centrul Naţional pentru Medicină Complementară şi Alternativă, 2007). Nu e de mirare, având în vedere că ştiinţa e extrem de influentă în societatea modernă, iar comunitatea ştiinţifică a arătat un interes puternic pentru meditaţie. În cercurile clinice, meditaţia a devenit una dintre cele mai cercetate metode terapeutice (Walsh şi Shapiro, 2006). Terapeuţii clinicieni sunt atraşi către mindfulness dintr-o varietate de direcţii: personală, clinică şi ştiinţifică.

O scurtă istorie a mindfulness-ului în psihoterapie

Introducerea formală a gândirii orientale în filosofia şi psihologia occidentale

datează de la finalul anilor 1700, când academicienii britanici au început să traducă textele spirituale indiene, cum ar fi *Bhagavad Gita*. Aceste învăţături, alături de scrierile budiste, au prins rădăcini în America prin intermediul lucrărilor „transcendentaliştilor" ca Henry David Thoreau, care scria în *Walden* (1854/2012): „Am stat aşezat în uşa însorită, de la răsărit şi până la apus, cuprins de reverie... am înţeles ce vor să spună orientalii prin

contemplare“ (p. 61). La începutul anilor 1900, William James a remarcat către clasa lui de la Colegiul Harvard: „Aceasta [psihologia budistă] este psihologia pe care o va studia toată lumea peste douăzeci și cinci de ani” (Epstein, 1995, pp. 1–2). Previziunea lui James s-a adeverit în mare măsură, deși la distanță de niște ani.

Și domeniul psihanalizei a flirtat cu psihologia budistă multă vreme. Freud coresponda cu un prieten în anii 1930 și admitea că filosofia estică îi e străină și poate „dincolo de limitele naturii [sale]" (citat în Epstein, 1995, p. 2). Asta nu l-a împiedicat pe Freud să scrie în *Disconfort în cultură* (1930/2009) că „sentimentul oceanic“ din meditație era o experiență esențial regresivă. Franz Alexander (1931) a adăugat o lucrare intitulată „Formarea budistă ca stare artificială de catatonie”. Alți teoreticieni psihodinamici au fost mai măgulitori, mai ales Carl Jung, care a scris un comentariu în 1927 privind *Cartea tibetană a morților* și a fost curios toată viața în privința psihologiei estice.

Al Doilea Război Mondial a deschis mintea multor occidentali la psihologiile estice, mai ales budismul zen. Shoma Morita, în Japonia, a dezvoltat terapia rezidențială bazată pe zen pentru anxietate, care încuraja pacienții să își trăiască temerile, fără a încerca să le schimbe sau să le oprească, foarte similar cu psihoterapia modernă, orientată spre mindfulness (Morita, 1928/1998). După război, D. T. Suzuki a dialogat cu Erich Fromm și Karen Horney (Fromm, Suzuki și DeMartino, 2015; Horney, 1945) și a inspirat vizionari și artiști precum Alan Watts, John Cage și scriitorii generației beat, Jack Kerouac și Alan Ginsberg (vezi McCown, Reibel și Micozzi, 2011, și Fields, 1992, pentru o analiză istorică mai amplă a psihologiei budiste în Occident).

Sămânța mindfulness-ului a fost sădită în mințile multor psihoterapeuți, care au fost atrași, ca tineri adulți din anii 1960 și 1970, de filosofia estică și de meditație ca drum către libertatea emoțională. Fritz Perls (2012) a studiat zen în Japonia în 1962 și, deși dezamăgit de experiența sa, remarca: „Fenomenul experimentat este Gestalt suprem". La finalul anilor 1960, tinerii se strângeau buluc la cursuri despre meditația transcendentală (MT; Mahesh Yogi, 1968/2001: Rosenthal, 2012), în timp ce iluminarea îi urma înapoi acasă pe cei de la Beatles și pe alți pelerini celebri, la întoarcerea din India. Cartea

fostului psiholog de la Harvard, Ram Dass, *Be Here Now — Fii aici acum* (1971), un amestec de idei hinduse și budiste, s-a

vândut în peste un milion de exemplare. Yoga, care, în esență, este mindfulness în mișcare (Boccio, 2004; Hartranft, 2003), a călătorit și ea spre Vest la momentul respectiv. Treptat, clinicienii au început să își conecteze practica personală de meditație cu activitatea clinică.

Studiile despre meditație au înflorit; de exemplu, cardiologul Herbert Benson (1975) a devenit celebru pentru că folosea meditația pentru a trata bolile de inimă. Psihologia clinică a ținut ritmul cercetărilor asupra meditației ca supliment pentru psihoterapie sau ca psihoterapie în sine (Smith, 1975). În 1977, Asociația Psihiatrică Americană a solicitat o examinare formală a eficienței meditației. Majoritatea articolelor din jurnalele vremii studiau meditația prin concentrare, cum ar fi MT sau *răspunsul prin relaxare* al lui Benson. În anii 1990 însă, cele mai multe studii s-au mutat asupra meditației cu mindfulness (Smith, 2004). Jon Kabat-Zinn a deschis Centrul pentru Mindfulness în 1979, la Școala de Medicină a Universității din Massachusetts, și a predat reducerea stresului bazată pe mindfulness (RSBM) pentru tratarea afecțiunilor cronice pentru care medicii nu mai puteau face nimic în plus. În 2012 existau deja peste 700 de programe RSBM la nivel internațional (Centrul pentru Mindfulness, 2012), iar RSBM devenise principalul program de pregătire pentru mindfulness folosit în cercetarea psihologică.

În vreme ce, în 2005, la momentul în care a apărut prima ediție a cărții

acesteia, fuseseră publicate în literatura psihologică doar 365 de articole despre mindfulness revizuite de colegi (PsycINFO), până în 2013 existau peste 2200 de articole și peste 60 de centre de tratament prin mindfulness și cercetare numai în Statele Unite (vezi Figura 1.1).

Avem în prezent intervenții structurate bazate pe mindfulness pentru tratarea unei game largi de tulburări mentale și fizice, teste randomizate de control care susțin aceste intervenții, precum și revizii și metaanalize ale acestor studii. În plus, cercetările neurobiologice sofisticate ne demonstrează puterea de a schimba structura și funcționarea creierului pe care o are formarea minții (vezi Capitolul 15). (Accesează www.mindfulexperience.org pentru o bază de

date cu cercetări privind mindfulness, actualizată regulat.)

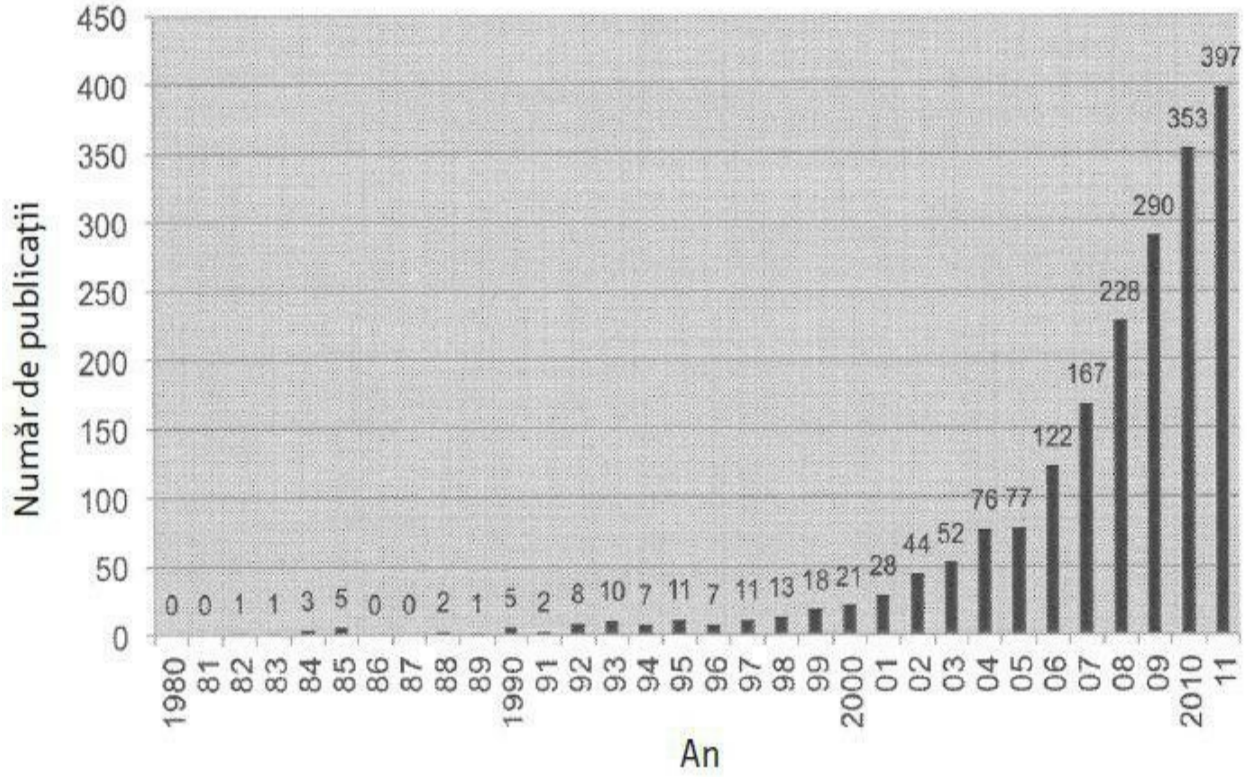


FIGURA 1.1. Numărul de publicaţii despre mindfulness în funcţie de an: 1980–2011. Figură furnizată de David S. Black, PhD, Institutul de Cercetare pentru Prevenire, Şcoala de Medicină Keck, Universitatea California de Sud, şi reprodusă cu acordul autorului (www.mindfulexperience.org).

Pare că asistăm la emergenţa unui model de psihoterapie nou, unificat, bazat pe constructul de mindfulness. Mindfulness-ul are un caracter deopotrivă

transteoretic (este atrăgător pentru o gamă largă de terapeuţi, de exemplu, adepţi ai sistemelor comportamental, psihodinamic, umanist, familial) şi *transdiagnostic* (pare a uşura diferite tulburări mentale şi fizice). Mindfulness-ul reface legătura dintre practicieni şi colegii lor oameni de ştiinţă, pe măsură ce programele de tratament bazate pe mindfulness, susţinute empiric, şi cercetările neurobiologice aruncă lumină asupra felului în care mindfulness-ul uşurează suferinţa. Terapeuţii explorează meditaţia atât pentru propria stare de bine, cât şi pentru cultivarea calităţilor terapeutice benefice (vezi Capitolele 3 şi 5), iar pacienţii caută să apeleze la terapeuţi care meditează şi au o abordare comparabilă a vindecării emoţionale. Pe

scurt, mindfulness-ul pare a apropia teoria clinică, cercetarea şi practica şi contribuie la integrarea vieţilor private şi profesionale ale terapeuţilor.

Câteva cuvinte despre budism

Mindfulness-ul e în centrul psihologiei budiste. Probabil că psihoterapeuţii vor descoperi că psihologia budistă timpurie e compatibilă cu interesele lor, deoarece împărtăşeşte obiectivul de a alina suferinţa şi valoarea chestionării empirice. În vreme ce ştiinţa occidentală explorează fenomenele prin intermediul observaţiei obiective, la persoana a treia, psihologia budistă este o abordare sistematică, la

persoana întâi, relativ golită de presupuneri a priori (Wallace, 2007; vezi şi Capitolul 2).

Nu se poate sublinia îndeajuns faptul că psihologia budistă nu este o religie în sensul familiar, teist, chiar dacă budiştii din unele culturi orientale venerează învăţăturile şi imaginea lui Buddha. Buddha istoric (563–483 î.e.n.) este înţeles ca fiinţă umană, nu ca divinitate, iar activitatea sa de-o viaţă a fost dedicată uşurării suferinţei psihologice. Conform tradiţiei budiste, când a găsit un drum spre libertate, a decis (fără prea mare tragere de inimă, la început) să îi înveţe şi pe alţii ce aflase.

Conform legendei, când oamenii l-au întâlnit pe Buddha după revelaţia/iluminarea sa, nu părea să fie întocmai ca alţi oameni. Când l-au întrebat cine este, le-a răspuns că este „Buddha", ceea ce însemna, pur şi simplu, *o persoană care e trează*. Conform relatărilor, a predat vreme de 45 de ani şi a avut numeroşi elevi, bogaţi şi săraci. Vorbea folosind un limbaj simplu, apelând la relatări şi idei din cultura indiană populară. În cadrul primei sale predici despre Cele Patru Adevăruri Nobile, a avansat aceste idei de bază:

1. Condiţia umană implică suferinţă.

2. Conflictul dintre felul cum sunt lucrurile şi felul cum ne dorim noi să fie

produce această suferinţă.

3. Suferința poate fi redusă și chiar eliminată prin schimbarea atitudinii pe care o avem față de experiența neplăcută.

4. Există opt strategii generale (Calea cu Opt Brațe) pentru a pune capăt suferinței (vezi Capitolul 2 și Anexa).

Buddha a murit la vârsta de 80 de ani, probabil din cauza mâncării contaminate consumate în casa unui adept sărac.

Se spune că Buddha a descoperit cum să pună capăt suferinței fără vreun sprijin sau ritualuri religioase. Culturile i-au venerat imaginea, însă Buddha le-a impus discipolilor să nu îl venereze. Acestora li s-a cerut să descopere adevărul învățăturilor sale *prin propria experiență*. Pentru a putea beneficia pe deplin de pe urma psihologiei budiste, nu sunt necesare credințe precum cea în karma sau în renaștere (Batchelor, 1997); ea este, în primul rând, o modalitate practică de a cunoaște mintea, de a modela mintea și de a o elibera (Nyanaponika, 1965; Olendzki, 2010). Mindfulness-ul este practica de bază a psihologiei budiste, iar corpul psihologiei budiste — inclusiv învățăturile originale ale lui Buddha și scrierile ulterioare ale lui *Abhidharma* — poate fi considerat baza teoretică a practicării stării de mindfulness (Bodhi, 2000; Nyanaponika, 1949/1998). Lecturarea textelor budiste

timpurii îl va convinge pe terapeutul clinician că, în esență, Buddha a fost un psiholog.

Capitolul 14 și Anexa acestei cărți furnizează un cadru istoric și conceptual mai amplu pentru practica mindfulness-ului.

Practicarea stării de mindfulness

Starea de mindfulness apare natural în viața de zi cu zi, dar e necesar un exercițiu pentru menținerea sa. Cu toții ne trezim periodic în fața experienței prezente doar pentru a aluneca rapid înapoi către gândirea discursivă obișnuită. Chiar și atunci când simțim că suntem deosebit de atenți în timpul terapiei, de exemplu, dăm dovadă de mindfulness *intermitent*. Mințile noastre sunt lesne absorbite de asocieri legate de ce spun sau fac pacienții noștri. Putem avea apoi parte de un moment de trezire din reverie, în care ne reorientăm către pacient și putem relua explorarea celor comunicate de

pacient. În scurt timp însă, vom fi din nou cu mintea în altă parte. Uneori, conținutul a ceea ce ne distrage e un indiciu semnificativ pentru ceea ce are loc în cabinetul de terapie. Alteori nu este așa. Continuitatea stării de mindfulness necesită intenție puternică și perseverență.

Practica formală și informală

Mindfulness-ul se poate învăța prin exerciții formale sau informale. *Exercițiile formale de mindfulness* se referă la meditație și constituie o ocazie de a experimenta mindfulness-ul la nivelurile sale cele mai profunde. E ca și cum ai merge la sala de sport pentru minte. Introspecția susținută și disciplinată permite practicianului să-și antreneze atenția, să observe sistematic conținutul minții și să afle cum funcționează mintea.

Exercițiile informale de mindfulness se referă la aplicarea abilităților de mindfulness în viața cotidiană. Orice eveniment mental poate constitui un obiect de conștientizare — ne putem direcționa atenția asupra respirației, putem asculta sunetele ambientale din mediul nostru, ne putem eticheta emoțiile sau ne putem observa senzațiile corporale în timpul cât ne spălăm pe dinți. Două dintre exercițiile prin care se poate cultiva starea de mindfulness în viața de zi cu zi sunt mersul cu mindfulness și mâncatul cu mindfulness. În cadrul meditației din timpul mersului suntem atenți la senzația kinestezică secvențială de clipă de clipă a mersului. Din exterior arată ca o filmare cu încetinitorul. În interior, observăm în tăcere „ridicat... călcat... pus..." În cadrul meditației alimentare, mâncăm lent și în tăcere, observând imaginea mâncării de pe farfurie, senzațiile mâncării introduse în gură, mișcările musculare ale mestecatului, aromele mâncării și procesul de înghițire. Astfel, o masă obișnuită poate deveni deosebit de interesantă, fiind un element

folosit în strategiile bazate pe mindfulness pentru a gestiona mâncatul compulsiv (Kristeller și Wolever, 2011).

În practica budistă tradițională există patru fundamente ale mindfulness-ului: (1) *corpul*, inclusiv respirația și postura; (2) *nuanța sentimentelor*, cum ar fi calitatea plăcută, neplăcută sau neutră a senzațiilor; (3) *stările minții*, cum ar fi distragerea sau apariția mândriei și (4) *obiectele mentale*, printre care se numără calitățile care susțin starea de bine, cum ar fi energia și liniștea, sau calitățile care inhibă starea de bine, cum ar fi furia și lenea. Chiar dacă pare

că nu exista distincţia dintre gânduri şi emoţii în Orient în vremea lui Buddha, mindfulness-ul aplicat emoţiilor este, în mod cert, foarte important pentru psihoterapie.

Trei tipuri de meditaţie cu mindfulness

În Occident, trei tipuri de meditaţie se predau, în general, sub umbrela *meditaţiei cu mindfulness* (Salzberg, 2011; vezi şi Capitolul 7): atenţia concentrată (concentrarea), (2) monitorizarea deschisă (mindfulness per se) şi (3) bunătatea iubitoare şi compasiunea. Primele două tipuri au fost subliniate în teoria şi practica stării de mindfulness în psihoterapie (Carmody et al. 2011) şi în textele budiste timpurii. Totuşi, practica bunătăţii iubitoare şi a compasiunii a suscitat un interes

considerabil în ultimii ani (Hofman, Grossman şi Hinton, 2011). Dovezile neurologice indică faptul că abilităţile mentale cultivate de aceste trei tipuri de meditaţie reprezintă procese cerebrale care se suprapun, dar sunt distincte (Brewer, Mallik et al., 2011; Desbordes et al., 2012; Dickenson, Berkman, Arch şi Lieberman, 2013; Lee et al., 2012; Leung et al., 2013; Lutz, Slagter, Dunne şi Davidson, 2008; Tang şi Posner, 2013), iar funcţionarea cerebrală preexistentă poate chiar duce la o preferinţă pentru o practică, în detrimentul alteia (Mascaro, Rilling, Negi şi Raison, 2013). Un element comun al tuturor tehnicilor de meditaţie cu mindfulness este caracterul central al conştientizării cu inima deschisă, clipă de clipă.

Atenţia concentrată

Atenţia concentrată sau meditaţia prin concentrare poate fi comparată cu lumina unui reflector care scoate în evidenţă orice obiect spre care este orientat. Printre exemplele de obiecte interne ale meditaţiei se numără senzaţia respiraţiei, anumite cuvinte sau propoziţii alese sau un singur loc din corp. Obiectele concentrării externe pot fi reprezentate de o imagine, un sunet, flacăra unei lumânări sau chiar un punct de pe perete. În general, e mai uşor să te concentrezi când obiectul e unul plăcut. Instrucţiunile pentru tipul acesta de meditaţie sunt: „Când observi că

mintea a plecat la plimbare, adu-o delicat înapoi [la obiectul atenţiei]".

Meditația prin concentrare contribuie la cultivarea unei minți calme, netulburate. (Cuvântul din Pali pentru atenția concentrată, *samatha*, sugerează și liniște, și concentrare.) Atenția ne devine stabilă și relaxată când mintea e atrasă de un singur obiect, iar și iar, și la distanță de numeroasele preocupări (reale și imaginate) care ne absorb de-a lungul zilei. În psihoterapie, atenția concentrată este o modalitate de a ne ancora mintea atunci când o persoană este biciuită de emoții puternice. Putem îndrepta atenția pacientului către senzația propriilor picioare care ating podeaua sau a aerului care intră și iese din plămâni. Mai jos se regăsește un exercițiu simplu de concentrare.

MEDITAȚIE PENTRU RESPIRAȚIE

Găsește un loc liniștit și așază-te într-o poziție dreaptă și comodă. Respiră ușor și lent de câteva ori, pentru a-ți liniști corpul și mintea. Apoi lasă-ți pleoapele să se închidă delicat, complet sau parțial.

• Explorează-ți corpul folosind conștientizarea și încearcă să descoperi unde anume îți e cel mai ușor să îți simți respirația. Unii oameni o simt în jurul nărilor, poate ca pe o boare rece pe buza superioară. Alții observă pieptul

ridicându-se și coborând cel mai ușor, iar alții simt respirația în abdomen pe măsură ce burta se întinde și se strânge.

• Simte doar senzațiile fizice asociate inspirației și expirației.

• Când observi că mintea ți-a plecat la plimbare, simte doar respirația din nou.

• Nu trebuie să controlezi respirația. Lasă-ți corpul să te respire — cum face în mod natural.

• Nu-ți face probleme dacă mintea îți e adesea în altă parte. De fiecare dată când observi că atenția e plecată, revino doar asupra respirației, cum ai îndrepta pe drumul corect un copilaș sau un cățeluș rătăcit.

• Când vrei să finalizezi meditația, deschide ușor ochii.

Monitorizarea deschisă

Meditația prin monitorizare deschisă poate fi comparată cu un far (față de lumina reflectorului din meditația prin concentrare) care luminează o gamă mai largă de obiecte, pe măsură ce acestea apar în aria de conștientizare, unul câte unul. A fi receptiv la *orice* sunet din mediu e cel mai clar la un moment dat constituie un exemplu de monitorizare deschisă, în vreme ce a asculta voit sunetul unul clopoțel înseamnă atenție concentrată.

Putem folosi monitorizarea deschisă pentru a ne observa intențiile, senzațiile, emoțiile, gândurile și/sau comportamentele. Una dintre utilizările obișnuite ale monitorizării deschise în practica clinică este dezvoltarea conștientizării interoceptive a senzațiilor corporale (Farb, Segal și Anderson, 2012; Michalak, Burg și Heidenreich, 2012). Alte practici terapeutice etichetează emoțiile (de exemplu, *tristețe*, *rușine*, *teamă*) și convingeri de bază (de exemplu, „Nu mă poate iubi nimeni“, „Sunt deficient”), fapt care ne poate ajuta să vedem puțin mai bine situația sentimentelor și gândurilor noastre supărătoare. În cadrul meditației formale, trecerea de la atenția concentrată la monitorizarea deschisă începe cu invitația adresată nouă înșine de a „observa ce ne-a distras atenția" când mintea ni se îndepărtează de la obiectul ales al conștientizării (de exemplu, respirația), în loc să ne întoarcem, pur și simplu, la obiect. *A observa* poate presupune un moment de recunoaștere («aha!») sau numire a experiențelor noastre ca *gândire*, *judecare sau îngrijorare*. Instrucțiunea pentru monitorizarea deschisă completă (numită și *conștientizare aleatorie*) este „să observi orice predomină în câmpul conștientizării, clipă de clipă".

Monitorizarea deschisă dezvoltă capacitatea de conștientizare relaxată, în care atenția conștientă se mișcă natural printre elementele schimbătoare ale experienței. De-a lungul timpului, ne ajută să ne dezvoltăm o înțelegere profundă a propriei

condiționări și a modului în care funcționează mintea. În vreme ce concentrarea calmează mintea prin accentul pus pe un singur obiect, monitorizarea deschisă cultivă calmul în mijlocul evenimentelor de viață aleatorii și neașteptate.

Din punct de vedere tehnic, *mindfulness* se referă la capacitatea de monitorizare deschisă. Cuvântul din Pali pentru monitorizare deschisă este *vipassana*, care înseamnă *a vedea clar*. Trăsătura unică a meditației

vipassana, meditația înțelegerii profunde sau meditația cu mindfulness, este monitorizarea deschisă. În zilele noastre însă, *mindfulness* este folosit într-un sens mai larg în cultura occidentală pentru a descrie toate cele trei abilități de meditație descrise aici: (1) atenția concentrată, (2) monitorizarea deschisă și (3) bunătatea iubitoare și compasiunea. Exercițiul următor este unul de monitorizare deschisă, care contribuie la reglarea emoțiilor dificile:

MINDFULNESS APLICAT EMOȚIEI LOCALIZATE ÎN CORP

Începe prin a-ți găsi o poziție confortabilă, închide-ți ochii complet sau parțial și respiră de trei ori pentru a te relaxa.

• Localizează-ți respirația unde o poți simți cel mai ușor. Simte cum se mișcă prin corp respirația și, atunci când îți e distrasă atenția, adu-o înapoi la

simțirea mișcării respirației.

• După câteva minute, începe să observi senzațiile fizice de stres pe care îl reții în corp, poate la nivelul gâtului, maxilarului, în burtă sau pe frunte.

• Observă, de asemenea, dacă reții orice *emoții dificile*, cum ar fi grijile pentru viitor sau jena pentru trecut. Înțelege că fiecare corp uman poartă stres și îngrijorare de-a lungul zilei.

• Încearcă să *numești* emoția din trupul tău. Poate un sentiment de tristețe, de furie, de teamă, de singurătate sau de rușine? Repetă eticheta pentru tine, cu o voce moale, blândă, apoi revino asupra respirației.

• Alege acum *un singur loc din corpul tău* unde stresul se manifestă cel mai puternic, poate o durere în zona inimii sau tensiunea din stomac. În minte, apleacă-te ușor către locul respectiv, ca și cum te-ai apleca spre un nou-născut.

• Continuă să respiri normal, lăsând senzația să fie acolo, așa cum e. Simte-ți respirația printre celelalte senzații corporale.

• Permite mișcării delicate și ritmice a vieții să îți înmoaie și să îți relaxeze corpul. Dacă dorești, pune-ți mâna peste inimă în timp ce continui să respiri.

• Când eşti gata, deschide uşor ochii.

Bunătatea iubitoare şi compasiunea

Bunătatea iubitoare şi compasiunea descriu *calitatea* de conştientizare cu mindfulness — atitudinea sau emoţia —, şi nu direcţia conştientizării. Gândeşte-te la diferenţa dintre lumina dintr-o sală de operaţii şi cea a lumânărilor de la cină. Bunătatea iubitoare încălzeşte experienţa meditaţiei, aducând calităţi precum tandreţea, mângâierea, liniştirea, tihna, grija şi conectarea. Aceste calităţi sunt deosebit de importante atunci când avem de-a face cu emoţii dificile care ne restrâng conştientizarea şi ne activează mecanismele defensive. Un exemplu de meditaţie prin blândeţe iubitoare (în pali: *metta*) este repetarea lentă a unor propoziţii ca „Fie să fiu în siguranţă“ sau „Fie să fiu fericit şi să nu sufăr”. Scopul meditaţiei prin bunătate iubitoare este acela de a planta seminţele bunăvoinţei faţă de noi şi de ceilalţi, iar şi iar, care, în cele din urmă, vor deveni gânduri, emoţii şi comportamente pozitive. În sensul cel mai larg, orice meditaţie care evocă un sentiment de fericire şi de căldură poate fi considerat meditaţie prin bunătate iubitoare.

Bunătatea iubitoare este „o stare mentală care aspiră ca toate fiinţele simţitoare să se bucure de fericire", în vreme ce compasiunea (în pali: *karuna*) este „dorinţa ca toate fiinţele simţitoare să nu sufere" (Dalai Lama, 2003, p. 67). Compasiunea apare când bunătatea iubitoare întâlneşte suferinţa. Atât bunătatea iubitoare,

cât şi compasiunea sunt emoţii pozitive care ne ameliorează sănătatea şi starea de bine (Fredrickson, 2012; Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek şi Finkel, 2008; Klimecki, Leiberg, Lamm şi Singer, 2012). Ele ne mută conştientizarea de la atenţia *îngrijorată* la atenţia *iubitoare* şi ne deschid câmpul percepţiei, ajutându-ne să fim mai conştienţi.

În psihoterapie, compasiunea ia deseori forma *auto*compasiunii. De exemplu, o meditaţie prin compasiune care include propria persoană este practica de a inhala căldură şi tandreţe pentru noi înşine cu fiecare inspiraţie şi de a emana acelaşi lucru pentru ceilalţi la fiecare expiraţie (vezi Capitolul 4). Meditaţia aceasta poate fi aplicată de terapeuţii clinicieni în momentele dificile ale terapiei sau de către pacienţii noştri în vieţile lor de zi cu zi. E vorba despre o modificare a meditaţiei budiste tibetane *tonglen*, în care inspirăm suferinţa

celorlalţi şi expirăm compasiunea noastră pentru ceilalţi (Chödrön, 2001).

Pentru a stimula autocompasiunea în cadrul meditaţiei tradiţionale prin bunătate iubitoare (folosind propoziţii ca obiect principal al atenţiei), se pot schimba puţin cuvintele, ca, de exemplu, „Fie să fiu bun cu mine“ sau „Fie să mă accept aşa cum sunt” pentru a reflecta prezenţa suferinţei, sau putem pur şi simplu să ne punem o mână deasupra inimii şi să simţim căldura şi atingerea delicată (Neff şi Germer, în curs de apariţie).

MEDITAŢIE PRIN BUNĂTATE IUBITOARE[2]

Exerciţiul acesta a fost creat pentru a aduce căldură şi înţelegere în viaţa ta. Aşază-te într-o poziţie confortabilă, închide-ţi ochii complet sau parţial şi lasă-ţi mintea şi trupul să se liniştească prin câteva respiraţii adânci.

• Pune-şi mâinile peste inimă pentru a-ţi aminti că aduci nu doar atenţie, ci şi atenţie *iubitoare* experienţei tale. Vreme de câteva minute, simte căldura mâinilor tale şi presiunea lor delicată asupra inimii. Lasă mişcările ritmice ale respiraţiei de sub mâinile tale să te liniştească.

• Acum, gândeşte-te la o persoană sau o altă fiinţă care te face în mod natural să zâmbeşti. Poate fi un copil, bunica ta, pisica sau câinele — oricine îţi aduce fericirea în inimă. Simte cum e să fii în prezenţa fiinţei respective. Lasă-te să te bucuri de compania plăcută.

• Apoi recunoaşte cât de vulnerabilă e fiinţa aceasta dragă — la fel ca tine, e supusă multor dificultăţi de-a lungul vieţii. De asemenea, fiinţa aceasta îşi doreşte să fie fericită şi să nu sufere, la fel ca tine şi ca orice altă fiinţă. Repetă încet şi delicat, lăsând semnificaţia cuvintelor să îţi pătrundă în inimă:

Fie să fii în siguranţă.

Fie să fii împăcat.

Fie să fii sănătos.

Fie să trăieşti uşor.

• Dacă observi că mintea îţi e în altă parte, revino la imaginea celui drag.

Savurează orice sentimente calde care ar putea apărea. Ia-o încet.

• Acum, vizualizează-ţi propriul corp cu ochii minţii şi simte senzaţiile din trup, aşa cum sunt. Observă orice disconfort sau jenă care ar putea exista. Oferă-ţi bunătate.

Fie să fiu în siguranţă.

Fie să fiu împăcat.

Fie să fiu sănătos.

Fie să trăiesc ușor.

• Dacă vrei să foloseşti alte propoziţii, care pentru tine sunt autentice, te rog să o faci. Te poţi întreba: „Ce am nevoie să aud acum?" Foloseşte un limbaj care să îţi încline delicat inima spre tine, ca şi cum ai relaţiona cu un copil iubit sau un prieten drag.

• Dacă şi când apare rezistenţa emoţională, lasă-o să rămână pe fundal şi tu revino la propoziţii sau concentrează-te iar asupra persoanei dragi sau

asupra respiraţiei.

• Oricând eşti gata, deschide încet ochii.

Exersarea celor trei abilităţi

Meditatorii aflaţi la început de drum au adesea concepţii eronate despre ce este meditaţia cu mindfulness şi ce face aceasta. Meditaţia cu mindfulness nu este un exerciţiu de relaxare; uneori, efectul său este chiar cel contrar, ca atunci când obiectul atenţiei este supărător. Nu e un test de concentrare; prin natura sa, mintea trece de la una la alta (vezi *reţeaua modului implicit* în ultima secţiune, „Mecanisme de acţiune“). Mindfulness nu este o modalitate de a evita problemele din viaţă; din contră, ne aduce mai aproape de problemele noastre înainte de a ne putea „descentra” de pe ele. Și nici nu trece peste problemele noastre de personalitate; este, în schimb, un proces lent, delicat, prin care ajungem să ne confruntăm cu cine suntem. În final, meditaţia cu mindfulness nu are ca scop atingerea unei alte stări mentale; îşi

propune să ne găsim locul în experiența noastră curentă, într-un mod relaxat, alert și cu inima deschisă.

Practica mindfulness poate folosi oricare dintre simțuri: văzul, auzul, ascultarea, mirosul și atingerea. În psihologia budistă, mintea este considerată și ea un

organ de simț, deoarece gândurile și imaginile pot fi obiecte ale conștientizării voite, la fel cum se întâmplă în cazul celorlalte simțuri. Și totuși, grație naturii seducătoare și efemere a gândurilor, e mult mai ușor să începi să practici mindfulness concentrându-te asupra senzațiilor corporale, trecând apoi la observarea emoțiilor din corp sau la numirea emoțiilor și, în cele din urmă, la observarea gândurilor repetitive, cum ar fi atitudinile familiare sau convingerile de bază despre sine.

În general, meditația cu mindfulness începe cu readucerea conștientizării la obiectul atenției, ca, de pildă, respirația, iar și iar. Când mintea se liniștește, după câteva minute sau zile, ne putem direcționa conștientizarea — mutând farul — pentru a include alte experiențe. Cum ar fi senzații corporale, emoții sau gânduri și imagini. Dacă mintea își pierde stabilitatea lăsându-se cuprinsă de regrete sau de griji, ne putem refugia într-un obiect senzorial în orice moment, poate simțind mișcarea ritmică a respirației. În cele din urmă, dacă observăm că ne chinuim cu procesul, ne putem oferi puțină compasiune cu mâna pe zona inimii sau prin cuvinte blânde. Practicantul de mindfulness care are deja experiență se poate mișca de la o tehnică la alta, flexibil, chiar și în cadrul unei meditații de 30 de minute, străduindu-se să își păstreze conștientizarea caldă, clipă de clipă. Cele trei abilități ale meditației cu mindfulness ne ajută să perseverăm în pace în mijlocul tuturor

experiențelor pe care le întâlnim — plăcute, neplăcute sau neutre.

Mulți oameni se întreabă: „Care e cea mai bună practică pentru mine?“ Dat fiind că meditația cu mindfulness este foarte personală, răspunsul poate fi aflat întrebând: „De ce anume au nevoie, în momentul acesta, mintea și inima mea pentru a fi mai conștiente, prezente și pentru a accepta mai mult?”

Psihoterapia orientată spre mindfulness

Există trei modalităţi-cheie, de-a lungul unui continuum care merge de la aplicarea implicită la cea explicită, de a integra mindfulness-ul în activitatea terapeutică. Un psihoterapeut clinician poate (1) să practice formal sau informal mindfulness, pentru a cultiva prezența terapeutică; (2) să folosească un cadru de referinţă teoretic, animat de înțelegerea profundă a literaturii psihologice despre mindfulness sau a psihologiei budiste (psihoterapie *inspirată* de mindfulness) sau (3) să își învețe explicit pacienții cum să practice mindfulness (psihoterapie *bazată* pe mindfulness). Numim colectiv gama aceasta de abordări psihoterapie *orientată spre mindfulness*. (Indicaţii detaliate pentru integrarea practicii personale, a teoriei clinice şi a exerciţiilor de meditație în practica clinică găiți în manualul Sitting Together: *Esential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy* [Pollak, Pedulla şi Siegel,

în curs de tipărire la data ediției în limba engleză].)[3]

Terapeutul practicant

Psihologii clinicieni aspiranţi întreabă adesea: „Cum să devin un psihoterapeut orientat spre mindfulness?“ Cel mai simplu răspuns este: „Fă rost de cea mai bună formare clinică pe care o poți obține… și meditează”. Beneficiile psihologice ale meditației cu mindfulness sunt acum stabilite clar (Hill şi Updegraff, 2012; Hofmann, Sawyer, Witt şi Oh, 2010; Hölzel, Lazar et al., 2011; Keng, Smoski şi Robins, 2011), inclusiv beneficii specifice pentru consilieri şi cadre medicale (Irving, Dobkin şi Park, 2009; Krasner et al., 2009; Shapiro, Brown şi Biegel, 2007). Printre efectele benefice se numără un nivel redus de stres şi anxietate şi abilităţi de consiliere îmbunătățite, cum ar fi empatia şi compasiunea (Buser, Buser, Peterson şi Serydarian, 2012; Christopher et al., 2011; Davis şi Hayes, 2011). Cu toate acestea, cercetările privind impactul mindfulness-ului practicat de terapeut asupra rezultatelor obţinute de pacient rămân neconcludente (Excurierx şi Labbe, 2011; Ryan, Safran, Doran şi Moran, 2012; vezi şi Capitolul 3), poate pentru că se folosesc scale de autoevaluare referitoare la mindfulness în loc să se analizeze de câte ori meditează, de fapt, un terapeut. Teoretic, practicarea meditației ar trebui să ne

îmbunătățească rezultatele clinice, pentru că meditația pare a activa unele căi cerebrale asociate unor calităţi terapeutice, cum ar fi reglarea corpului, acordarea empatică, echilibrarea emoțiilor și flexibilitatea răspunsului (D.

Siegel, 2009a, 2010a).

Practica mindfulness pare a fi legată de *prezența terapeutică*. Prezența reprezintă *un fel de a fi* în cabinetul de consultații (Brach, 2012a, 2012b; Bruce, Manber, Shapiro și Constantino, 2010; Childs, 2007; Cigolla și Brown, 2011; Collum și Gehart, 2010; Geller și Greenberg, 2012). Se definește ca „o *disponibilitate și deschidere* pentru toate aspectele experienței clientului, *deschidere în fața propriei experiențe* de a fi cu clientul și *capacitatea de a răspunde* clientului pe baza acestei experiențe“ (Bugental, citat în Geller și Greenberg, 2002, p. 72). Acest proces îl poate face pe pacient să „simtă că e simțit” (Siegel, 2009a, p. 155). Carl Rogers (2008) considera că prezența terapeutică reprezintă subsumarea empatiei, privirii pozitive necondiționate și autenticității. Capitolele de la 3 la 5 tratează mai detaliat aceste subiecte importante.

Psihoterapia inspirată de mindfulness

Terapeuții care practică psihoterapia *inspirată* de mindfulness au un cadru de referință teoretic influențat de intuiții profunde din practica și studiul mindfulness,

dar aceștia nu le predau neapărat pacienților exerciții de mindfulness. În general, activitatea lor include o înțelegere relațională/psihodinamică, în care relația terapeutică este un vehicul central al transformării. Pacienților li se predă conștientizarea cu mindfulness prin intermediul limbajului, expresiilor faciale, tonurilor vocii și deseori altor forme subtile de microcomunicare. Terapeuții pot acorda o atenție deosebită modurilor în care pacienții lor se opun experienței mentale sau emoționale și modului în care pacienții ar putea aduce în viețile lor mai mult mindfulness și mai multă acceptare.

Psihoterapia inspirată de mindfulness împrumută idei din psihologia occidentală și din cea budistă, precum și din experiența personală a practicienilor. O serie de cărți integrează conceptele mindfulness în psihoterapia relațională: vezi Epstein (2008), Hick și Bien (2010), Magid (2002), Molino (1998), Safran (2003), Stern (2004), Unno (2006), Wallin (2007), Welwood (2000) și Wilson și Dufrene (2011). Desigur, dat fiind potențialul legăturilor umane de a vindeca rănile emoționale (Cozolino, 2010: Karlson, 2011; D. Siegel, 2010a), relația terapeutică poate fi considerată o

componentă-cheie a tuturor formelor de psihoterapie orientată spre mindfulness.

Psihoterapia bazată pe mindfulness

Terapeuţii care se bazează pe mindfulness îşi învaţă pacienţii exerciţii de mindfulness care pot fi făcute între şedinţe. Are sens ca pacienţii să practice mindfulness între şedinţe, pentru că beneficiile mindfulness par a fi *dependente de doza* administrată (Lazar et al., 2005; Pace et al., 2009; Rubia, 2009), iar o oră pe săptămână de antrenare terapeutică a minţii poate să nu fie de ajuns pentru unele persoane mai tulburate. Practicarea zilnică a meditaţiei formale şi informale poate creşte acest număr la 6 sau 7 ore pe săptămână. Psihologii clinicieni care folosesc mindfulness includ deseori tehnici desprinse din tradiţia cognitiv-comportamentală, iar protocoalele de tratament bazat pe mindfulness au fost dezvoltate pentru o gamă largă de tulburări psihologice (vezi secţiunea „Modelul de terapie cu mindfulness" de mai jos). Proliferarea tratamentelor structurate îi încurajează pe psihologii clinicieni să experimenteze cu exerciţiile de mindfulness în cadrul terapiei, chiar dacă folosesc doar câteva elemente ale unui protocol dat.

În prezent, există sute de cărţi de specialitate şi de dezvoltare personală care predau abilităţile aplicabile terapiei bazate pe mindfulness, acceptare şi compasiune, printre ele numărându-se şi: Brach (2012b, 2013), Didonna (2009), Forsyth şi Eifert (2008), Germer (2009), Hanson şi Mendius (2009), Harris şi Hayes (2009), Hayes şi Smith (2013), Kabat-Zinn (1990, 2005, 2016), Kabat-Zinn şi Kabat-Zinn (1998), Koerner şi Linehan (2011), Linehan (1993b), McCown şi colegii

(2011), Neff (2011), Orsillo şi Roemer (2011), Pollak şi colegii (în curs de tipărire la data ediţiei în engleză), Salzberg (2011), Segal, Williams şi Teasdale (2012), R. Siegel (2010), Stahl şi Goldstein (2010), Willard (2010) şi Williams, Teasdale, Segal şi Kabat-Zinn (2007).

Modelul mindfulness de psihoterapie

Când terapeuţii sunt întrebaţi „Care e orientarea ta teoretică?", aceştia răspund, în general, referindu-se la psihoterapia cognitiv-comportamentală, psihodinamică/psihanalitică, umanistă/existenţială sau orientată spre sisteme.

Și totuși, din ce în ce mai des, răspunsul pare a fi *mindfulness*. Terapeuții care nu s-au simțit pe deplin în largul lor cu teoriile existente ale psihoterapiei remarcă deseori, după ce observă terapia orientată spre mindfulness, „Ah, asta e ce fac eu deja — numai că n-am știut!" Este, așadar, util să privim mindfulness-ul (inclusiv acceptarea și compasiunea) ca pe un nou model de terapie?

Teoriile sau modelele de terapie sunt o tentativă de a grupa terapii diferite în funcție de caracteristicile lor comune. În general, un model terapeutic include următoarele elemente (Gurman și Messer, 2011; Wampold, 2012): (1) o viziune asupra lumii, (2) o înțelegere a patologiei și sănătății, (3) o abordare a practicării

terapiei, (4) o înțelegere a relației terapeutice, (5) mecanisme de acțiune identificabile, (6) o gamă de aplicații de tratament, (7) considerații etice și (8) sprijin din cercetare.

Se poate argumenta că mindfulness-ul nu este deloc un model de terapie, ci doar un proces curativ subiacent tuturor terapiilor. De exemplu, oare nu cumva desensibilizarea de fobia de șerpi, reglarea emoției din TCD[4] și asocierea liberă din psihanaliză împărtășesc procesul comun de *conștientizare a experienței prezente* cu *acceptare*? În plus, poate că mindfulness-ul ar trebui lăsat separat — permițându-i-se să fie un construct evaziv, preconceptual, care inspiră chestionare directă, personală. De ce să încercăm să îl sistematizăm, să construim o marionetă, pe care să trebuiască apoi să o dezmembrăm pentru a ține mindfulness-ul în viață în cabinetul de terapie? Poate că mindfulness-ul este, de fapt, un „model al nonmodelului"? (P.R. Fulton, comunicare personală, 12 ianuarie 2013)? Având în minte precauțiile acestea, ne invităm cititorii să exploreze o *cale de mijloc*. Oare poate mindfulness-ul ca model de terapie să ne ajute să înaintăm cu înțelegerea, chiar dacă ne folosim cu precauție construcțiile și revenim regulat la sentimentul trăit clipă de clipă, acela de a ne afla în cabinetul de terapie?

Viziunea asupra lumii

Toate teoriile și terapiile psihologice sunt incluse în metateorii sau viziuni asupra lumii. Fiecare dintre noi are o viziune asupra lumii, o înclinație de a percepe lumea într-un anumit fel (Johnson, Germer, Efran și Overton, 1988).

Cadrul de referinţă metateoretic pentru mindfulness este *contextualismul* (Hayes, 2002a; Pepper, 1942).

Viziunile asupra lumii explică natura realităţii (ontologia), descriu felul în care cunoaştem realitatea (epistemologia), indică motivul cauzalităţii şi conţin un concept al personalităţii. Viziunea contextuală asupra lumii face următoarele presupuneri:

• *Natura realităţii*: Activitatea şi schimbarea sunt condiţii fundamentale ale vieţii. Lumea este o reţea de activitate interconectată.

• *Cum cunoaştem realitatea*. Toate cunoştinţele despre realitate sunt construite, create de fiecare individ într-un anumit context. Nu există o realitate absolută pe care să o putem cunoaşte.

• *Cauzalitatea*. Schimbarea este continuă şi evenimentele au la bază mai mulţi factori. Cauzalitatea aparentă depinde de contextul său.

• *Personalitatea*. Personalitatea se poate descrie cel mai bine ca momente singulare de conştientizare, puse continuu laolaltă pentru a forma un tot

funcţional, coerent.

Psihologia budistă şi contextualismul

Asumpţiile psihologiei budiste corespund îndeaproape viziunii contextuale asupra lumii. E suficient să ne îndreptăm către cele trei caracteristici ale existenţei din psihologia budistă: (1) suferinţa (*dhukka* în Pali), (2) efemeritatea (*anicca)* şi (3) nonsinele (*anatta)*. *Suferinţa* se referă la insatisfacţia pe care o simţim, invariabil, când lucrurile nu sunt aşa cum ne dorim noi să fie. Simpatiile şi antipatiile noastre sunt coconstruite împreună cu mediul, dar putem deveni semnificativ mai fericiţi schimbându-ne *relaţia* cu experienţa. Noţiunea budistă de *efemeritate* este tocmai ontologia contextualismului — totul se schimbă în permanenţă, inclusiv cine credem noi că suntem. În final, condiţia de *nonsine* (absenţa unui sine fix, separat) este, de asemenea, perspectiva contextuală a persoanei. *Sinele* este „o orchestră fără dirijor" (Singer, 2005), care constă în mai multe părţi ce apar spontan împreună şi dispar. (Aceste caracteristici ale existenţei vor fi

discutate mai detaliat în capitolele următoare). Un alt concept-cheie al psihologiei budiste e reprezentat de *cooriginarea dependentă*, o formulare pretenţioasă pentru universul multideterminat — cauzalitatea în contextualism. Descrierea cauzală cea mai bună a

oricărui eveniment ar fi *universul de cauze în interacţiune* la un moment dat.

Patologie și sănătate

Psihologia budistă presupune că modul în care ne construim realităţile private este, în mare parte, delirant; prelucrăm inconştient evenimentele curente pe baza experienţei trecute şi a dorinţelor actuale, ceea ce duce la greşeli şi suferinţă inutilă. Antidotul — atenţia cu mindfulness — ne permite să ne înţelegem condiţionarea şi să vedem mai clar lucrurile. Însă ceea ce vedem nu este adevărul absolut; mai degrabă vedem *prin* iluzia conceptualizărilor noastre. Observând tendinţa aceasta către gânduri şi convingeri iluzorii, învăţăm să nu mai dăm atât de multă importanţă construcţiilor noastre.

Abordarea aceasta nouă, mai blândă, asupra propriilor concepţii ne extinde perspectiva asupra simptomelor. Nemulţumirile, problemele sau simptomele nu sunt entităţi stabile, care trebuie diagnosticate şi apoi excizate. *Opoziţia* este cea care creează şi susţine simptomele, respectiv tendinţa noastră instinctivă, adesea preverbală, de a ne feri de disconfort încordându-ne muşchii, gândind prea mult, bând prea mult sau angajând mecanismele de apărare pentru a ne restabili echilibrul. Acest tip de *evitare experienţială* (Hayes, Strosahl şi Wilson, 1999) ne poate

ajuta pe termen scurt, dar ne împietreşte şi ne amplifică problemele pe termen lung. Gândeşte-te la dictonul „De ce ţi-e frică nu scapi“. Un exemplu bun e „încercarea de a adormi” — eforturile susţinute de a ne lupta cu lipsa somnului vor duce, probabil, la insomnie cronică (vezi Capitolul 10). Nivelul nostru de suferinţă emoţională poate fi măsurat în funcţie de diferenţa dintre aşteptările noastre şi realitate (ce *este*).

La polul opus, gândeşte-te la expresia „Ce *simţim* putem vindeca". Sănătatea psihologică în paradigma mindfulness este capacitatea de a fi cu experienţa clipă-de-clipă într-un mod spaţios, de profundă acceptare, chiar şi atunci când e greu. Starea aceasta mentală e însoţită de calităţi psihologice sănătoase,

cum ar fi flexibilitatea psihologică, reziliența, autenticitatea, răbdarea, conectarea, bunătatea, compasiunea și înțelepciunea.

Practica terapiei

Toți pacienții vin la terapie într-o relație de rezistență cu simptomele lor. Cele două întrebări principale din mintea unui psihoterapeut orientat spre mindfulness vor fi, probabil:

1. Cărei dureri i se opune pacientul?

2. Cum pot ajuta eu pacientul să găsească o relație, de acceptare și compasiune, într-un mai profund spirit mindfulness, cu durerea sa?

Terapia poate îmbrăca o varietate infinită de forme, cum ar fi dialogul autentic, plin de compasiune; terapia expunerii; restructurarea cognitivă; meditația; angajarea în activități sănătoase; sau prescrierea de medicamente. Indiferent de formă, din perspectiva mindfulness, nu căutăm să obținem o viață lipsită de durere, ci o mai mare libertate emoțională, prin intermediul unei relații cu mindfulness-ul, de acceptare și compasiune, cu dificultățile noastre inevitabile.

E prea mult să ne așteptăm ca pacienții noștri să își îmbrățișeze peste noapte zbuciumul emoțional. Mai degrabă, ne dorim să îi ajutăm să se deschidă treptat la ce îi supără, mergând de la *curiozitate* (îndreptându-se spre disconfort) la *toleranță* (trăirea disconfortului în siguranță) la *permisiune* (să lăsăm disconfortul să apară și să treacă) la *prietenie* (să descoperim valoarea ascunsă a dificultăților cu care ne confruntăm). Procesul acesta reflectă renunțarea treptată la opoziție.

Relația terapeutică

Psihoterapia orientată spre mindfulness e *idiografică* — respectiv, structura și procesul depind de calitățile și capacitățile unice ale pacientului individual în lumea

sa. Așa cum instrucțiunile pentru meditația cu mindfulness spun să „observi ce e mai intens și viu în câmpul conștientizării", terapeutul orientat spre

mindfulness este acordat la ce e mai viu pentru pacient, precum şi la ce transpare în experienţa clipă-de-clipă a terapeutului şi la alianţa terapeutică mereu în schimbare. Partea a II-a a acestei cărţi explorează mai detaliat relaţia terapeutică.

Mecanisme de acţiune

Cum funcţionează mindfulness-ul? Au fost propuse diferite procese, din perspectivă teoretică şi neurologică. De exemplu, Hölzel, Lazar şi colegii (2011) au identificat şase mecanisme de acţiune — efecte ale practicii formale a mindfulness-ului — pentru care avem dovezi neurologice:

1. *Reglarea atenţiei* — stabilitatea conştientizării, în ciuda impulsurilor competitive.

2. *Conştientizarea corpului* — observarea senzaţiilor subtile, a fi conştient de propriile emoţii.

3. *Reglarea emoţiilor* — reactivitate redusă, a nu lăsa reacţiile emoţionale să afecteze performanţa.

4. *Reevaluarea* — considerarea problemelor ca fiind semnificative sau

benigne, şi nu întru totul rele.

5. *Expunerea* — desensibilizarea globală în raport cu orice e prezent în câmpul conştientizării.

6. *Sentimentul flexibil al sinelui* — dezidentificarea de emoţii şi creşterea capacităţii de adaptare.

Alte mecanisme cu sprijin empiric includ *autocompasiunea* (Hölzel, Lazar et al., 2011; Neff şi Germer, 2013), *clarificarea valorilor* (sentimentul unui scop) şi *flexibilitatea* (capacitatea de adaptare cognitivă, emoţională şi comportamentală) (Hayes et al., 1999; Shapiro, Carlson, Astin şi Freedman, 2006), *diferenţierea emoţională* (conştientizarea experienţelor emoţionale) (Hill şi Updegraff, 2012) şi *conştientizarea metacognitivă* (Cocoran, Farb, Anderson şi Segal, 2010).

Un efect neurobiologic important al meditației cu mindfulness este că dezactivează *rețeaua modului implicit* (RMI). Chiar și atunci când creierul se odihnește, mai multe regiuni dispuse în zona liniei de mijloc a creierului rămân active (Gusnard și Raichle, 2001; Mason et al., 2007). RMI este activă ori de câte ori mintea ne pleacă în altă parte — lucru care, conform unui studiu, se întâmplă în 46,9% din timpul vieții noastre în stare de trezie (Killingsworth și Gilbert, 2010) și foarte des și în cazul meditației. Ce face mintea? În cea mai mare parte a timpului, pare că

face excursii în trecut și în viitor, încercând să rezolve probleme deopotrivă reale și închipuite. Aceste excursii sunt benefice pentru scopuri ce țin de supraviețuire, dar mai puțin utile fericirii, iar activitatea în RMI se corelează cu anxietatea și depresia (Broyd et al., 2009; Farb et al., 2010). RMI este responsabilă pentru *procesarea narativă* (eu–mine–al meu). În schimb, conștientizarea clipă-de-clipă a stării de mindfulness activează diferite structuri cerebrale asociate *procesării experiențiale* (Farb et al., 2007; vezi și Capitolul 15). Toate cele trei forme de meditație cu mindfulness descrise anterior — atenția concentrată, monitorizarea deschisă și bunătatea iubitoare/compasiunea — ajută la dezactivarea RMI (Brewer, Worhunsky, et al., 2011) sau la schimbarea conectivității sale funcționale (Taylor et al., 2013).

Aplicabilitatea tratamentului

Mindfulness-ul se poate folosi pentru a trata o gamă largă de tulburări, de la psihoză (Braehler et al., 2012; Langer, Cangas, Salcedo și Fuentes, 2012) la gestionarea stresului la locul de muncă (Davidson et al., 2003). Iar în calitate de capacitate de vindecare universală, mindfulness apropie abordări diverse ale sănătăți mentale, cum ar fi TCC, psihoterapia psihodinamică, psihoterapia umanistă/existențială, medicina comportamentală și psihologia pozitivă.

Terapia cognitiv-comportamentală

TCC este forma de tratament cel mai amplu investigată empiric. În prezent, ne aflăm în cel de-al „treilea val" al TCC (Hayes, 2011). Primul val a constat în terapia comportamentală, concentrată pe condiționarea clasică, pavloviană, și pe contingențele întăririi. Al doilea a fost terapia cognitivă îndreptată spre modificarea tiparelor disfuncționale de gândire. Al treilea val a fost

psihoterapia cu mindfulness, acceptare și bazată pe compasiune, în cadrul căreia *relația* cu experiențele noastre (intenții, senzații, emoții, sentimente, comportamente) se modifică treptat pe parcursul terapiei.

Cele patru programe pioniere de tratament bazat pe mindfulness, susținute empiric, cu mai multe componente, sunt: reducerea stresului bazată pe mindfulness (RSBM; Kabat-Zinn, 1990), terapia cognitivă bazată pe mindfulness (TCBM; Segal et al., 2012), terapia comportamental-dialectică (TCD; Linehan, 1993a) și teoria acceptării și angajamentului (TAA; Hayes et al., 1999). Numeroase alte programe de mindfulness s-au dezvoltat din aceste șabloane sau au fost dezvoltate pentru populații, condiții sau antrenarea abilităților specifice. Printre ele se numără prevenirea recăderii bazată pe mindfulness (Witkiewiz și Bowen, 2012), pregătirea pentru conștientizarea alimentației bazată pe mindfulness (Kristeller și

Wolever, 2011), TCBM pentru copii (Semple, Lee, Rosa și Miller, 2010), RSBM pentru adolescenți (Biegel, Brown, Shapiro și Schubert, 2009), tratamentul comportamental al anxietății bazat pe mindfulness și acceptare (Roemer, Orsillo și Salters-Pedneault, 2008; vezi și Capitolul 9), întărirea relațiilor bazată pe mindfulness (Carson, Carson, Gill și Baucom, 2004), antrenarea autocompasiunii cu mindfulness (Neff și Germer, 2013) și terapia focalizată pe compasiune (Gilbert, 2010a, 2010b).

În plus, domeniul TCC a adoptat, în mare măsură, conceptele de bază ale mindfulness-ului chiar și pentru tratamentele în care nu se folosește cuvântul *mindfulness*, cum ar fi „protocolul unificat pentru tratamentul transdiagnostic al tulburărilor emoționale", de David Barlow și colegii săi, care constă în patru module familiare terapeuților orientați spre mindfulness: (1) creșterea conștientizării emoționale, (2) facilitarea flexibilității în evaluări, (3) identificarea și prevenirea evitării comportamentale și (4) expunerea situațională și interoceptivă la indicii emoționale (vezi Farchione et al., 2012).

Psihoterapia psihodinamică

Așa cum am amintit anterior, teoreticienii psihodinamici au recunoscut

valoarea psihologiei budiste cel puțin din vremea lui Carl Jung (1927/2000).

Istoric, psihanaliza a avut trăsături comune cu practica mindfulness — ambele sunt întreprinderi introspective, presupun că acceptarea şi conştientizarea preced schimbarea şi ambele recunosc importanţa proceselor inconştiente. Capitolul următor explorează mai detaliat elementele comune şi pe cele diferite ale abordării psihodinamice/psihanalitice tradiţionale a tratamentului şi perspectiva mindfulness.

Psihoterapie umanistă/existenţială

Original, practica mindfulness se adresa suferinţei afecţiunilor existenţiale, cum ar fi boala, bătrâneţea şi moartea — nu celor clinice, dat fiind că această categorie nu exista pe vremea lui Buddha. Mindfulness-ul are multe elemente comune cu psihoterapia umanistă, care cuprinde larg abordările existenţială, constructivistă şi transpersonală (Schneider şi Leitner, 2002). Abordarea existenţială, la fel ca psihologia budistă, „pune accentul pe capacităţile inerente ale persoanei de a deveni sănătoasă şi complet funcţională. Se concentrează asupra prezentului, asupra obţinerii conştientizării vieţii ca fiind parţial sub control, asupra acceptării responsabilităţii pentru decizii şi asupra învăţării tolerării anxietăţii" (Shahrokh şi

Hales, 2003, p. 78).

De exemplu, terapia Gestalt subliniază explorarea fenomenologică (de pildă, „Văd că ţi-ai încrucişat picioarele") fără interpretare sau apreciere, ceea ce conduce către obiectivul simplei conştientizări (Yontef, 1993). Hakomi a fost una dintre primele terapii care să antreneze explicit starea de mindfulness prin conştientizarea corporală a sentimentelor, convingerilor şi amintirilor (Kurtz, 1990). Activitatea de *concentrare* a lui Eugene Gendlin (1996), mai ales ideea sa privind *sentimentul resimţit* corporal, preverbal, al unei probleme psihologice, este uimitor de similară cu pregătirea pentru conştientizare interoceptivă din meditaţia cu mindfulness. Psihoterapia senzoriomotorie (Ogden, Minton şi Pain, 2006) şi terapia focalizată pe emoţie (Greenberg, 2010) direcţionează şi ele cu grijă atenţia pacientului către experienţa emoţională care are loc. Psihoterapiile constructiviste, cum este terapia narativă (Leiblich, McAdams şi Josselson, 2004), împărtăşesc noţiunea orientată spre mindfulness că realitatea fiecărei persoane este cocreată de individ prin interacţiune cu mediul. Terapia transpersonală şi psihologia budistă presupun că persoana nu poate fi separată de universul mai

larg, temă explorată în capitolele viitoare.

Medicina comportamentală

Beneficiile stării de mindfulness pentru sănătate par a fi rezultatul unui sistem nervos autonom mai puţin reactiv — pe scurt, faptul de a fi mai puţin stresat. De exemplu, antrenamentul pentru meditaţie reduce semnificativ nivelul de cortizol ca răspuns la stresul acut, comparativ cu antrenamentul pentru relaxare (Tang et al., 2007). Practica mindfulness îi poate ajuta pe pacienţi şi să îşi păstreze obiceiurile sănătoase: pacienţii suferind de astm ar putea detecta mai bine stările emoţionale care le declanşează atacurile, pacienţii cu diabet ar putea fi mai conştiincioşi când vine vorba de administrarea insulinei, iar pacienţii obezi şi-ar putea „călări pornirea[5]" când le e foame în loc să dea curs imboldului de a mânca (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011). De asemenea, s-a dovedit că meditaţia cu mindfulness îmbunătăţeşte funcţia imunitară (Davidson et al., 2003), iar meditaţia pentru compasiune şi meditaţia cu mindfulness s-au dovedit ambele a reduce inflamaţia indusă de stres (Pace et al, 2009; Rosenkranz et al., 2013). Antrenamentul pentru mindfulness este chiar integrat în biofeedback (Khazan, 2013).

Prin teste controlate randomizate s-a demonstrat că antrenarea stării de mindfulness aduce îmbunătăţiri în cazul unei lungi liste de afecţiuni/stări: sindromul colonului iritabil (Zernicke et al., 2012), gestionarea diabetului (Gregg, Callaghan, Hayes şi Glenn-Lawson, 2007), gestionarea cancerului (Hoffman et al., 2012), durerea cronică (Wong et al., 2011), stresul asociat muncii (Wolever et al.,

2012), sindromul oboselii cronice (Rimes şi Winigrove, 2011), mâncatul din motive de stres (Daubenmier et al., 2011), calitatea vieţii cu HIV (Duncan et al., 2012), renunţarea la fumat (Brewer, Mallik et al., 2011), bufeurile (Carmody et al., 2011), insomnia (Gross et al., 2011), efectele bolii medicale cronice (Bohlmeijer, Prenger, Taal şi Culjpers, 2010) şi tulburările asociate consumului de substanţe (Witkiewitz, Bowen, Douglas şi Hsu, 2013). (Vezi şi Capitolul 10.)

Spiritualitate

Spiritualitatea are mai multe semnificaţii; înţelegem că acest cuvânt se referă

la o apreciere a aspectelor intangibile, dar semnificative ale vieţilor noastre. Intangibilul poate însemna Dumnezeu, o forţă a vieţii, valori (iubire, adevăr, pace), legături interpersonale sau poate un sentiment al transcendenţei.

Psihologia budistă oferă o abordare *imanentă* a spiritualităţii, sugerând că ceea ce căutăm se întâmplă chiar sub nasul nostru, în contact intim cu experienţa cotidiană. Presiunea aspiraţiei spirituale din această abordare imanentă este să îmbrăţişăm din inimă fiecare moment. În schimb, o abordare *transcendentală* este o metodologie „cu picătura", în cadrul căreia experienţele repetate de uniune mistică (de exemplu, apropierea de Dumnezeu) ne completează treptat experienţa

zilnică. Deşi e posibil ca în timpul meditaţiei cu mindfulness să apară stări mistice, ele sunt considerate tot evenimente mentale şi, astfel, nu li se acordă un statut special. Din perspectiva mindfulness, lipsa suferinţei apare atunci când niciun eveniment mental nu ne poate abate conştiinţa, nici măcar cele extatice. O abordare echilibrată a spiritualităţii cuprinde, probabil, aspectele imanent şi transcendental deopotrivă — trăim pe deplin în experienţa noastră zilnică, în timp ce tindem spre ce e dincolo.

Psihologia pozitivă

În psihologia budistă, sănătatea mentală este privită ca lipsa totală a suferinţei, numită în general *iluminare.* Din acest punct de vedere, suntem cu toţii bolnavi mental!

Psihologia occidentală a făcut progrese remarcabile în demersul său de a înţelege rădăcinile biologice, psihologice şi sociale ale unei minţi tulburate, numai că a neglijat, în general, experienţele pozitive, cum ar fi cele caracterizate prin starea de bine, mulţumire, iubire, curaj, spiritualitate, înţelepciune, altruism, civism şi toleranţă (Seligman şi Csikszentmihalyi, 2000). Psihologia budistă este un program cuprinzător de antrenare a minţii, care cultivă fericirea, iar mindfulness-ul

este nucleul acestui program. Există un paradox ciudat în abordarea budistă a psihologiei pozitive: cu cât putem îmbrăţişa mai bine *ne*fericirea, cu atât mai profund şi mai perseverent e sentimentul de bunăstare. (Psihologia pozitivă este abordată mai în detaliu în Capitolul 16.)

Aspecte etice

Psihologia budistă nu face distincţia între acţiuni „bune“ şi „rele”, care, adesea, nu sunt decât convenţii sociale, ci între acţiuni „sănătoase“ şi „nesănătoase”. *Acţiunile sănătoase* sunt cele care reduc suferinţa pentru sine şi pentru ceilalţi, în vreme ce *acţiunile nesănătoase* accentuează suferinţa. Atenţia cu mindfulness ne permite să observăm atent consecinţele gândurilor, cuvintelor şi faptelor noastre. Distincţia aceasta etică între a face şi a nu face rău se suprapune perfect unui program psihoterapeutic secular.

În cadrul psihoterapiei bazate pe mindfulness, acceptare şi compasiune, *valorile* sunt prioritare. De exemplu, TAA include exerciţii care să îi ajute pe pacienţi să îşi descopere valorile esenţiale („Ce vrei să însemne viaţa ta?“) şi să identifice obstacolele care stau în calea atingerii acelor obiective („Eşti dispus să te confrunţi deschis cu ce îţi stă în cale?”). *Intenţiile* noastre sunt deseori cele care ne stabilesc

emoţiile, gândurile, cuvintele şi acţiunile, astfel că reprezintă un obiect importat al conştientizării şi în exerciţiile de mindfulness (Monteiro, Nutall şi Musten, 2010), şi în psihoterapie (vezi Capitolul 6).

Sprijinul cercetării

În analiza sa asupra literaturii empirice privind mindfulness-ul, efectuată în 2003, Ruth Baer nota că tratamentele bazate pe mindfulness sunt „probabil eficiente“ şi pe cale să devină „bine acceptate”. De atunci, numeroase recenzii şi metaanalize ale rezultatelor cercetării indică neechivoc că tratamentele bazate pe mindfulness, acceptare şi compasiune sprijină efectiv sănătatea mentală şi fizică (Chen et al., 2012; Chiesa, Calati şi Serretti, 2011; Davis şi Hayes, 2011; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink şi Walach, 2011; Greenson, 2009; Grossman, Niemann, Schimdt şi Walach, 2004; Hoffman etal., 2010, 2011; Keng et al., 2011; Piet şi Hougaard, 2011; Rubia, 2009; Vøllestad, Nielsen şi Nielsen, 2012). Şi totuşi, chiar dacă a avansat mult cercetarea în domeniul mindfulness, există în continuare o nevoie urgentă de grupuri de control active pentru cercetarea rezultatelor şi de instrumente de măsură comportamentale pentru mindfulness, în locul bazării pe autoevaluare (Grossman, 2011; vezi şi Capitolul 15).

În permanenţă apar domenii noi, incitante de cercetare. Printre ele se numără subiectele asociate îndeaproape conştientizării cu mindfulness-ul, cum ar fi impactul compasiunii, înţelepciunii şi comportamentului etic asupra sănătăţii mentale. În domeniul neurobiologiei, am putea explora mai precis legăturile dintre stările mentale specifice, autoevaluate şi substratul lor neurologic, poate chiar adăugând neurofeedback RMI funcţional în timp real, pentru a augmenta efectele de schimbare cerebrală ale meditaţiei. Oare putem învăţa să adaptăm tehnicile de antrenare a minţii pentru a modifica tiparele cerebrale disfuncţionale ale pacienţilor individuali? Este impactul practicii mindfulness asupra expresiei genelor o altă frontieră ştiinţifică, poate chiar ca profilaxie a stresului pentru generaţia viitoare? Avem încă nevoie de cercetări suplimentare privind efectele pe termen scurt şi lung ale terapeutului care meditează asupra rezultatului tratamentului. În final, ar putea da roade dacă am investiga efectele externe ale mindfulness-ului — în ce măsură chiar îşi pot regla atenţia, atitudinile şi emoţiile fiinţele umane şi cum ar putea afecta capacităţile acestea sporite calitatea vieţilor noastre şi a societăţii în general?

Mindfulness contează pentru terapeuți?

În lumina creşterii exponenţiale a numărului de publicaţii de specialitate

despre mindfulness, de la debutul noului mileniu, e clar că mindfulness-ul contează pentru oamenii de ştiinţă din mediul clinic şi pentru practicieni. Padmasambhava, un profesor tibetan din secolul al optulea, spunea că „atunci când o să zboare pasărea de fier, dharma (învăţăturile budiste) vor ajunge în vest" (citat în Henley, 1994, p. 51). În prezent, asistăm la o convergenţă fără precedent a tradiţiilor estice ale psihologiei contemplative cu psihologia şi psihoterapia moderne ştiinţifice.

Psihoterapeuţii sunt în avangarda acestei convergenţe importante. Faptul de a avea la dispoziţie tehnici psihologice derivate dintr-o tradiţie veche de 2500 de ani, care par a schimba creierul, a ne modela comportamentul pentru mai bine şi care ne oferă o înţelegere profundă despre cum să ne trăim mai plin viaţa reprezintă o ocazie greu de ignorat. Numai timpul ne va arăta ce să înţelegem de aici.

Restul acestei cărţi explorează felul în care capacitatea umană simplă pentru

starea de mindfulness ne poate îmbogăți înțelegerea și eficiența în calitate de psihoterapeuți. Capitolul următor vizează elementele comune și diferite dintre tradiția budistă a mindfulness-ului și psihoterapia occidentală. Partea a II-a analizează modul în care se poate cultiva mindfulness-ul de către terapeut și efectul său asupra relației terapeutice. Partea a III-a explorează aplicarea mindfulness-ului anumitor stări psihologice și populații de pacienți. Partea a IV-a discută învățături

budiste antice despre mindfulness, rezumă ce am aflat de la neuroștiință despre mindfulness și explorează viitorul mindfulness în cadrul psihologiei pozitive. În final, Anexa oferă un glosar de termeni budiști.

---

[1] *Bait and switch*, în limba engleză, în original — tactică din domeniul vânzărilor, prin care clientul este atras cu un produs ieftin, apoi convins să cumpere unul mai scump. (*N. red.*)

[2] Această meditație prin bunătate iubitoare este adaptată pe baza programului de pregătire pentru autocompasiune atentă, dezvoltat de Kristin Neff alături de autor.

[3] Manualul însoțește volumul original, în limba engleză. (*N.red.*)

[4] Terapie comportamental-dialectică. (*N. red.*)

[5] *Urge surf* în original. (N. red.)

CAPITOLUL 2

Psihologia budistă şi psihologia occidentală

Căutarea elementelor comune

Paul R. Fulton, Ronald D. Siegel

Faptul că poţi sau nu poţi observa un lucru depinde de teoria pe care o foloseşti. Teoria este cea care stabileşte ce poate fi observat.

ALBERT EINSTEIN (1926, citat în Salam, 1990)

Mindfulness se practică de peste 2500 de ani, pentru a uşura suferinţa psihologică a oamenilor mai ales sub forma meditaţiei cu mindfulness. Psihoterapia occidentală este, prin comparaţie, destul de nouă, având un cu totul alt timp şi loc de origine.

Oare putem, cu toate acestea, să ne aşteptăm să observăm paralele între o practică asiatică antică de antrenare a minţii şi sistemele occidentale moderne de tratament psihologic? Oare problemele Indiei antice şi cele ale Occidentului modern sunt atât de diferite încât compararea sistemelor acestora de vindecare să fie

eronată? Sau există o oarecare universalitate a psihologiei şi suferinţei umane, pe care să le poată trata ambele? Cum înţelege fiecare dintre cele două tradiţii suferinţa şi tratarea acesteia? Capitolul acesta examinează psihologia budistă şi psihoterapia occidentală în paralel şi analizează cum mindfulness-ul în sine poate fi considerat un factor comun, care contribuie la eficienţa psihoterapiei vestice şi, totodată, la practicarea formală a meditaţiei.

Desigur, există numeroase varietăţi ale psihoterapiei şi meditaţiei şi ar fi imposibil să le trecem în revistă pe toate aici. În schimb, vom merge înapoi la începuturi şi vom explora asemănările şi deosebirile esenţiale dintre meditaţia cu mindfulness într-una dintre cele mai timpurii forme ale sale, practicată ca parte a *vipassana*, sau meditaţia înţelegerii profunde şi tradiţiile psihodinamică şi comportamentală, din care s-a dezvoltat psihoterapia modernă. Aceste două tradiţii psihoterapeutice sunt alese înţelegând pe deplin

că există numeroase alte forme de tratament şi că până şi tradiţiile psihodinamică şi comportamentală sunt ele însele diverse.

Alinarea suferinței psihologice

Asemenea psihoterapiei vestice, meditaţia cu mindfulness s-a dezvoltat ca

reacţie la suferinţa psihologică. Şi, la fel ca psihoterapia, domeniul practicării mindfulness include gânduri, sentimente, percepţie, intenţii şi comportament. Având acest punct central de interes, psihologia budistă împărtăşeşte în mod natural cu corespondenta sa occidentală un cadru de referinţă elementar pentru înțelegerea tulburărilor psihologice. Ambele sisteme (1) identifică simptome, (2) le descriu etiologia, (3) sugerează un prognostic şi (4) prescriu un tratament. Formularea aceasta se regăseşte între Cele Patru Adevăruri Nobile, despre care se spune că ar fi prima învățătură formală a lui Buddha (vezi şi Anexa). Chiar şi în vremea sa, Buddha a asemănat suferinţa mentală cu boala, iar „tratamentul" prescris de el era similar cu îngrijirea medicală (Bhikkhu, 2012a).

Înainte de a privi ambele tradiţii în acest context, haideţi să vedem un exemplu clinic pe care îl vom folosi pentru a ilustra ideile următoare:

Richard era un tânăr de 23 de ani din New York. În liceu fusese nesigur social, nu excelase la sport şi era deseori intimidat de alţi băieţi. Avusese mai multe iubite în liceu şi la facultate, dar continua să fie nesigur în privinţa atractivităţii sale.

În ultimul an de facultate, Richard o cunoscuse pe Jessica, o tânără neobişnuit de atrăgătoare şi senzuală. Au început o relaţie sexuală toridă, dar

complicată de prezenţa pe fundal a fostului ei iubit, care se mutase în California.

Jessica l-a invitat pe Richard să se mute cu ea. Lucru acesta l-a făcut anxios şi i-a spus că nu se simte pregătit. După numeroase conversaţii dureroase, l-a anunţat că şi ea se hotărâse să se mute în California.

Richard era distrus. Mintea lui alterna între dor intens şi gelozie nebună, dat

fiind că și-o imagina pe Jessica făcând dragoste cu fostul ei iubit. Avea probleme cu somnul și nu se putea concentra la serviciu. A început să fumeze zilnic marijuana, în încercarea de a-și slăbi atașamentul față de Jessica. Ori de câte ori vedea un cuplu de iubiți sau trecea pe lângă cineva care semăna cât de cât cu Jessica, era copleșit de tristețe și furie.

Lui Richard i se părea că ședința săptămânală de psihoterapie îl ajută, dar continua să fie nefericit. Disperat să întreprindă *ceva*, s-a înscris la un curs intensiv de două săptămâni, de meditație cu mindfulness.

Puțini pacienți care merg la psihoterapie aleg să încerce un curs intensiv când trec printr-o criză emoțională. Cu toate acestea, experiența lui Richard ne va ajuta să examinăm felul în care tradițiile psihoterapiei și meditației pot trata o problemă psihologică tipică. Amplificând efectele mindfulness, experiența de la curs a lui

Richard ne oferă o perspectivă asupra felului în care acționează practica.

Simptome

Simptomele care constituie punctul central de interes pentru psihoterapia occidentală includ stările subiective neplăcute, cum ar fi anxietatea și depresia, și tipare de comportament inadaptat, cum ar fi evitarea datorată fobiei și compulsiile. Prezența simptomelor este considerată o expresie a unei tulburări subiacente, care trebuie diagnosticată și tratată. Problemele pe care le are Richard cu privire la concentrare, gânduri și sentimente intruzive repetitive, tulburări de somn și dependența de droguri nu sunt atipice.

„Simptomul“ pe care îl vizează meditația cu mindfulness este doar suferința inevitabilă pentru orice ființă. Nicio stare mentală, oricât de plăcută, nu poate fi infinită, la fel cum nici experiențele neplăcute nu pot fi evitate. Totuși, suntem atât de condiționați să evităm disconfortul și să căutăm plăcerea, încât viețile ne sunt colorate de o senzație de „insatisfacție”, de senzația că ne lipsește ceva. O astfel de suferință poate să ajungă la nivel de diagnostic clinic sau poate să nu o facă. Ea se datorează, mai degrabă, unei neînțelegeri profunde a naturii vieților și minților noastre. În sensul acesta, suferința este văzută nu ca un simptom al unei tulburări

subiacente, ci ca un rezultat al naturii relației noastre cu realitățile existențiale ale vieții. Deși psihologii clinicieni folosesc acum meditația cu mindfulness pentru a trata o gamă largă de tulburări psihice, practica a avut ca scop inițial să trateze aspectele universale, clinice *și* nonclinice ale suferinței umane.

E interesant că numeroase „simptome" pe care le vizează meditația cu mindfulness nu devin evidente pentru o persoană până nu începe să practice mindfulness. De exemplu, cei care meditează observă că e foarte dificil să stea și să fie pe deplin prezenți pentru respirație sau altă experiență — observă că mintea le sare mereu fie spre fantezii legate de viitor, fie spre rememorarea unor experiențe din trecut. De asemenea, observă o gamă neliniștitoare de reactivitate, anxietăți și alte emoții, care poate nu au fost evidente înainte de a încerca să practice mindfulness. Situația nu e diferită de cea a pacienților care întâlnesc prima dată experiența psihoterapiei psihodinamice, care încep să aibă impresia că sunt mai nevrotici decât credeau ei la început, care se apără împotriva gândurilor și sentimentelor de tot felul și pun în scenă tipare nevrotice pe baza rănilor suferite în trecut.

Există paralele pentru acest fenomen și la nivelul tratamentelor comportamentale. Automonitorizarea sau completarea de inventare comportamentale îi poate face pe clienți să conștientizeze brusc cât de mult s-au răspândit simptomele lor. Și faptul că ți se cere să abordezi activitățile de care te temi în numele

tratamentului poate amplifica semnificativ simptomele.

Simptomele brute ale lui Richard — depresia și gândurile obsesive legate de iubita lui — au fost la început destul de vizibile pentru el și pentru alții. Însă, când a început să mediteze intens la curs, a observat că era cuprins adesea de temeri intense al căror obiect nu îl putea identifica. În plus, mintea începea să i se umple de imagini sexuale și violente, „alternând între pornografie și filme cu crime", după cum s-a exprimat. (Vom reveni în scurt timp la aceste filme.)

Etiologia

Specialiștii clinicieni moderni în domeniul sănătății mentale consideră că etiologia complexă a tulburărilor psihologice implică factori biologici, psihologici și sociologici. Și tradiția psihodinamică, și cea comportamentală

au ajuns la concluzia că o mare parte a suferinţei umane se datorează distorsiunilor de la nivelul gândirii, sentimentelor şi comportamentului. Aici au un punct comun cu tradiţiile meditaţiei cu mindfulness, oricât de diferite ar fi când vine vorba de cauzele acestor distorsiuni.

Psihoterapeuţii psihodinamici presupun, în general, că distorsiunile de la

nivelul gândirii şi simţirii, născute, de obicei, din experienţele copilăriei, au generat unele cicatrici psihologice care ne deformează răspunsul la circumstanţele actuale. Modalităţile de apărare pe care ni le dezvoltăm pentru a evita selectiv unele experienţe ne împiedică să vedem clar realitatea curentă şi ne restrâng gama emoţională şi comportamentul (McWilliams, 2011). De exemplu, în cadrul terapiei sale, era evident că Richard avea conflicte mari în ceea ce priveşte intimitatea şi angajamentul. Aceste probleme se datorau unei imagini infatuate despre sine („De ce să mă *mulţumesc* cu o singură femeie?“) care compensau sentimentele de nepotrivire („Nu prea sunt eu mare bărbat”). Ambele idei îşi au rădăcinile în relaţiile din copilărie.

În vreme ce comportamentaliştii timpurii se concentrau asupra contingenţelor problematice ale întăririi (de exemplu, Skinner, 1974), clinicienii cognitiv-comportamentalişti de mai târziu au ajuns să privească gândurile, sentimentele şi imaginile ca pe nişte verigi importante în lanţul cauzal care duce la comportamentele inadaptate. Aceştia au elaborat tehnici de observare a respectivelor evenimente mentale pe măsură ce trec prin conştiinţă, identificând gândurile „iraţionale“ sau nerealiste drept cauză a suferinţei. În cazul lui Richard, cele mai evidente distorsiuni cognitive presupuneau catastrofizare — gânduri ca „N-o să mai găsesc vreodată o femeie ca Jessica” şi „N-o să mă mai bucur niciodată de viaţă".

Meditaţia cu mindfulness împărtăşeşte observaţia că a avea o varietate de convingeri esenţiale distorsionate duce la suferinţă, dar are o perspectivă mai radicală, susţinând că aderarea la *oricare* sau la *toate* convingerile fixe, indiferent cât ar fi ele de realiste, reprezintă o cauză de distres. În cadrul psihologiei budiste, cele mai pernicioase dintre aceste convingeri distorsionate sunt cele legate de cine şi ce suntem. În plus, budismul aduce ideea că „apucarea“ sau „agăţarea” sunt o cauză subiacentă a suferinţei în ansamblu.

La rădăcină, psihologia psihodinamică, psihologia comportamentală și mindfulness-ul budist se bazează toate pe ideea de condiționare. Și totuși, fiecare dintre tradiții tratează diferit condiționarea. Psihologia psihodinamică este interesată de înțelegerea condiționării unice a individului și a felului în care influențează prezentul prin aplicarea greșită a strategiilor timpurii de adaptare și de felul în care experiențele timpurii modelează perspectiva individului asupra lui însuși și asupra lumii. Psihologia comportamentală, la fel ca practica mindfulness, este mai puțin interesată de modul în care individul construiește semnificația decât este să ajute individul să vadă rolul pe care condiționarea — comportamentul și gândurile învățate — îl are în viața actuală, permițându-i astfel să își modifice răspunsurile și să obțină rezultate care să aducă o mai mare satisfacție. Psihologia budistă este însă mai puțin preocupată de condiționarea „mea" decât este de a înțelege cum este

condiționată *toată* experiența de la o clipă la alta. Vindecarea apare pe măsură ce învățăm despre natura condiționării în toate momentele experienței.

Prin urmare, elementul comun al celor trei tradiții este recunoașterea faptului că suferința nu este aleatorie, nu este o consecință a pedepsei divine pentru păcat, nu este un test pentru a accede într-un viitor paradis, nici un rezultat al slăbiciunii morale, ci o consecință naturală a condițiilor. Recunoașterea aceasta oferă speranțe de ușurare, pentru că suferința provine din cauze care pot fi înțelese și, deseori, modificate. Suferința omenească face parte dintr-o ordine naturală legitimă.

Prognosticul

Prognosticul pentru tratament în tradițiile psihodinamică și comportamentală variază, desigur, în funcție de tulburarea tratată, iar același lucru e valabil și pentru meditația cu mindfulness. Deși accentul aparent pus pe suferință și efemeritate în psihologia budistă poate părea sumbru, este, de fapt, remarcabil de optimist. Dată fiind generalizarea „simptomelor" de luptă repetată, dezamăgire frecventă și dificultate de a fi pe deplin prezent pe care le observăm în timpul exercițiilor de meditație, la început poate fi greu să ne imaginăm că metoda poate ușura realmente suferința.

De fapt, prognosticul, conform descrierii din literatura budistă, este radical optimist. Acesta afirmă că deşi nimeni nu este imun la suferinţă, există posibilitatea de a o face să dispară complet, deşi nivelul acesta de libertate este accesibil doar pentru fiinţele complet iluminate. Şi totuşi, chiar şi în cazul aplicării modeste, mindfulness-ul are un prognostic surprinzător de bun; dacă putem învăţa să îmbrăţişăm viaţa aşa cum este, vom suferi mai puţin. În cazul lui Richard, el şi-a dat seama la începutul cursului că este absorbit în permanenţă de gândurile şi fanteziile sale. A observat că se poate sprijini ferm pe realitatea imediată a experienţei senzoriale de clipă-de-clipă — că se poate refugia în prezent. Revelaţia aceasta i-a adus prima rază de speranţă pe care o avea de când îşi anunţase Jessica plecarea.

Tratamentul

Toate cele trei tradiţii despre care am discutat implică o combinaţie de introspecţie şi schimbare comportamentală prescrisă în încercarea de a uşura suferinţa. O scurtă analiză scoate la iveală mai multe paralele.

Introspecţia

Psihoterapia psihodinamică şi accentul pus de ea pe asocierea liberă încep cu explorarea conţinutului minţii. Pacienţii sunt încurajaţi să spună ce le apare în aria de conştientizare, iar materialul acesta e examinat în căutare de tipare care indică gânduri şi sentimente subiacente. Prin înţelegerea profundă a acestor conţinuturi, corectarea distorsiunilor bazate pe experienţa timpurie şi vindecarea rănilor psihice devine posibilă reducerea suferinţei.

În cadrul TCC tradiţionale, gândurile iraţionale sunt etichetate, contestate şi înlocuite cu gânduri mai apropiate de adevăr, care duc la un comportament mai adaptat, satisfăcător. Originea gândurilor iraţionale este considerată mai puţin importantă decât corectarea acestora. Recent, abordarea aceasta a fost îmbogăţită prin crearea unor tratamente bazate pe TCC cu mindfulness şi acceptare, care împrumută de la practica antică a mindfulness ideea că a învăţa *să accepţi* experienţele dureroase în loc să încerci să scapi de ele te poate transforma (Hayes, Follette şi Linehan, 2011).

Meditaţia cu mindfulness implică observarea repetată a minţii, clipă de clipă. Este mai puţin interesată de conţinutul unui gând, al unei amintiri sau al unei

idei anume decât de posibilitatea ca acesta să fie mai puternic decât ar trebui, de posibilitatea să fie considerat *adevărat*, şi nu un simplu gând. Mindfulness-ul diferă de introspecţia practicată în psihoterapia psihodinamică prin natura obiectelor

alese pentru atenţie şi prin tipul de atenţie care li se acordă. *A fi împreună cu* în mod repetat şi a accepta experienţa clipă-de-clipă în practica mindfulness duce, în cele din urmă, la *un insight* (o *înţelegere profundă*) a funcţionării minţii, ceea ce, după cum vom vedea, aduce uşurarea suferinţei. De asemenea, îi permite practicantului de mindfulness să îmbrăţişeze din ce în ce mai mult şi din toată inima gama completă de experienţe umane.

Schimbarea comportamentului

În ultimii ani, numeroşi psihanalişti au recunoscut limitele *insight-ului* (înţelegerii profunde) şi chiar ale „perlaborării" în ceea ce priveşte inducerea schimbării şi au ajuns să aprecieze eforturile deliberate de modificare a comportamentului. În cadrul tratamentului orientat comportamental, acţiunea deliberată, experimentată presupune, evident, un rol central.

Tradiţia meditaţiei cu mindfulness include şi ea recomandări de schimbare a comportamentului. La prima vedere, acestea par a se depărta radical de tradiţiile psihoterapeutice occidentale în ceea ce priveşte accentul pus pe moralitate. Atât psihanaliza, cât şi behaviorismul se diferenţiază de religiile vestice şi de alte instituţii culturale prin relativa lor neutralitate faţă de aspectele morale. Fără să îi

judece, terapeuţii caută să le permită pacienţilor să îşi exploreze adevăratele sentimente, indiferent dacă acestea sunt sau nu etice sau acceptabile social. În cele mai multe situaţii, terapeuţii adoptă o poziţie similară din care nu le judecă pacienţilor comportamentele, în ciuda faptului că au obligaţia legală de a raporta anumite comportamente unor instituţii externe.

În tradiţia budistă, „tratamentul" este descris în cadrul unui grup de principii cunoscute sub numele de Calea cu Opt Braţe (vezi Anexa). Trei dintre aceste opt principii — Efort corect, Mindfulness corect, Concentrare corectă — descriu practici mentale, iar alte trei se referă explicit la comportamentul moral: Vorbire corectă, Acţiune corectă şi Viaţă corectă. Chiar dacă aceste

repere etice includ multe dintre interdicțiile pe care le regăsim în religiile occidentale, ele sunt prezentate cumva diferit în tradiția budistă. Practicanții sunt invitați să își privească atent mintea, pentru a vedea impactul faptului că urmează sau nu urmează aceste repere asupra calității conștiinței. Abordarea aceasta este, de fapt, o paralelă pentru ceea ce s-ar putea întâmpla în psihoterapia dinamică sau cognitiv-comportamentală, unde pacientul este invitat să observe consecințele comportamentului său pentru a putea face alegeri mai bine informate. Astfel, reperele sunt recomandate ca un fundament pentru practicarea meditației cu mindfulness, pornind de la observația că o persoană angajată în activități lipsite de etică va considera pacea și liniștea evazive.

Așadar, comportamentul moral este considerat un aspect practic — terapeutic, chiar. Pe măsură ce înțelegerea se aprofundează, comportamentul etic devine o expresie a propriului *insight* (vezi Capitolul 6).

Insight-ul (înțelegerea profundă și descoperirea adevărului)

Atât în tradiția psihodinamică, cât și în cea a mindfulness-ului, se presupune că un nivel crescut al conștientizării duce la o mai mare libertate psihologică și emoțională. Niciuna dintre tradiții nu caută să cultive deliberat o anumită stare emoțională, ci, mai degrabă, consideră că o mai mare bunăstare psihică este consecința libertății câștigate prin înlocuirea distorsiunilor mentale cu o înțelegere clară. Înțelegerea profundă este și vehiculul și obiectivul ambelor practici. Deși fiecare dintre tradiții are un discurs diferit despre ce înseamnă „adevărul", numai prin avansarea către un astfel de adevăr — și nu prin cultivarea unei iluzii liniștitoare — devine posibilă libertatea.

În cadrul psihoterapiei psihodinamice, insight-ul se referă la recunoașterea a ceea ce fusese anterior ascuns, inconștient, distorsionat sau de care individul se apăra în orice alt mod. În cadrul tradiției meditației, insight-ul este deseori descris

drept perceperea directă a caracteristicilor existenței: în mod deosebit, a naturii schimbătoare a tuturor fenomenelor, absenței unei esențe durabile a fenomenelor și a suferinței, care se datorează faptului că nu vedem clar toate

aceste lucruri. Când vedem că suferința se datorează faptului că ne agățăm de ce nu trebuie, renunțăm în mod natural, la fel cum dăm drumul din reflex unui obiect care arde.

În ambele tradiții, insight-ul presupune să vedem cum am ajuns să credem eronat că gândurile și percepțiile sunt reale, deși nu sunt, de fapt — ne slăbim identificarea cu gândurile și emoțiile. Ajungem să vedem cum, ceea ce luam cândva drept „realitate" este, de fapt, o construcție mentală, și cum adeziunea noastră la construcția respectivă dă naștere suferinței. Insight-ul presupune să ne slăbim strânsoarea asupra convingerilor rigide și pozițiilor fixe. La nivelul experienței, se simte ca și cum convingerile și-ar slăbi strânsoarea asupra noastră.

O modalitate prin care insight-ul duce la diminuarea suferinței este prin luminarea naturii suferinței înseși. Începem să vedem diferența dintre apariția experienței pure și răspunsul nostru la aceasta. În cadrul conștientizării normale, lipsite de mindfulness, modul în care trăim evenimentele este o confuzie nediferențiată între eveniment și reacție. Prin intermediul atenției concentrate, cu mindfulness, putem distinge evenimentul de calitatea relației noastre cu el, iar în cadrul acestui proces vom vedea cum suferința apare la nivelul reacției (numită în sens larg

apucare), dar nu este inerentă experienței pure înseși, deschizând noi căi de a ne elibera de reacțiile mentale inutil dureroase (vezi și Capitolul 10).

Aderența la gânduri fixe, eronate și inutile este identificată drept sursa distresului și în TCC. Diferite tehnici ale TCC încearcă să slăbească identificarea pacientului cu o gândire distorsionată sau rigidă, sau să înlocuiască o idee neadaptată cu una care să permită o mai mare flexibilitate. Insight-ul per se este mai puțin punctul pe care se concentrează TCC, deși împărtășește cu meditația prin insight și terapia psihodinamică scopul de a slăbi strânsoarea aplicată ideilor de care ne agățăm în mod automat.

Puncte de plecare: insight, gândire și limbaj

În ciuda acestor similarități, rolul și importanța gândirii diferă în cadrul TCC, terapiei psihodinamice și meditației cu mindfulness. În TCC, gândirea eronată este considerată cauză a suferinței, iar corectarea ideilor eronate este

un mecanism de uşurare. Asta înseamnă că gândurile şi ideile de care ţinem cu dinţii produc suferinţă în măsura în care sunt nerealiste.

În cadrul psihoterapiei psihodinamice, cuvintele reprezintă o monedă necesară pentru realizarea tratamentului; gândurile şi sentimentele trebuie reprezentate

simbolic în cadrul limbajului pentru a fi comunicate. Totuşi, limbajul este considerat un vehicul imperfect şi adesea mascat de comunicare a experienţei subiective subtile. Se presupune că vorbele pe care le rostim maschează semnificaţii subiacente care pot fi ascunse de vorbitor. Nu gândul exprimat per se — exact sau inexact — e cel care necesită examinare, ci motivaţiile, conflictele şi dorinţele subiacente, care se regăsesc deghizate în spatele cuvintelor rostite. Deşi tratamentul trebuie să se bazeze pe limbaj, terapeutul şi pacientul învaţă să asculte *dincolo* de cuvântul rostit, folosindu-şi „a treia ureche", ca să utilizăm expresia lui Reik (1949), în căutarea a ceea ce e nerostit, evitat, accidental — pentru a descoperi realitatea, imperfect relevată şi imperfect deghizată în gândire.

Ca metodă, meditaţia cu mindfulness se distinge de aceste alte tradiţii prin abandonul aproape total al gândirii. Practica diferă de reflecţie prin efortul continuu de a lăsa deoparte gândirea — sau măcar de a evita să te laşi cuprins de ea — în favoarea stării de martor pentru apariţia şi trecerea tuturor evenimentelor senzoriale, perceptuale şi cognitive. În această postură, gândurilor nu li se acordă un statut special şi sunt observate apărând şi trecând la fel cum ai observa o mâncărime sau un sunet trecător.

De-a lungul istoriei sale, psihologia budistă a făcut parte dintr-o tradiţie filosofică viguroasă şi sofisticată, jonglând cu logică şi argumente. În ciuda acestui

fapt, a privit, în general, gândirea, ca mijloc de cunoaştere şi cultivare a insight-ului, ca fiind suspectă — dat fiind că e modelată şi delimitată de structura, categoriile şi lexiconul oferite de limbaj şi cultură.

În practica meditaţiei, deoarece cuvintele sunt considerate relativ limitate şi primitive, eforturile noastre de a înţelege lumea prin intermediul intelectului sunt aşadar superficiale. Într-adevăr, gândirea discursivă ascunde, de fapt,

posibilitatea de a vedea direct natura lucrurilor. Pentru persoanele care nu sunt familiarizate cu meditația, ideea că atenția activă, alertă poate exista fără gândire e dificil de înțeles. Totuși, odată acumulată experiența, se vede clar că procesul de cunoaștere devine mai penetrant, subtil și direct, pe măsură ce gândirea este dată deoparte; în lipsa ei, apare o conștientizare clară.

Practica mindfulness implică atenția directă, nemediată de limbaj. „Conținutul" sau povestea narativă așa cum este înțeleasă în terapie beneficiază de o pondere redusă. De fapt, atunci când gândirea discursivă despre trecut sau viitor ne deturnează, am părăsit domeniul practicii mindfulness.

Diferența de metodă este esențială pentru a înțelege unde se despart psihoterapia și meditația cu mindfulness. Meditația cu mindfulness *nu* își propune să înlocuiască o semnificație cu o alta, să reîncadreze experiența prin interpretare sau să rescrie o narațiune personală. Operând la un nivel al atenției fundamental și mai

rafinat, meditația cu mindfulness are o putere primară și transformatoare mai mare. Are o calitate irefutabilă de certitudine profundă și insistență.

Richard se chinuia la terapie să își rescrie narațiunea personală, iar procesul progresa lent. A început să capete speranță când a trăit direct experiența, în timpul cursului său de meditație, că *realitatea* nu este același lucru cu gândurile lui. Da, era bântuit de imagini cu Jessica din nou alături de vechiul ei iubit, precum și de emoții puternice, adesea dureroase; dar acestea existau pe un fundal al realității mai apropiate a momentului prezent — senzațiile din corpul său, gustul mâncării și culoarea ierbii și a cerului. Alături de experiența aceasta a venit și înțelegerea incipientă că *toate* temerile sale erau, de fapt, doar gânduri și fantezii.

Obiective

O contribuție importantă a etnopsihologiei la domeniul sănătății mentale în ultima jumătate de secol a fost înțelegerea faptului că accepțiunea pe care o avem asupra sănătății și patologiei psihologice este puternic legată de cultură (Barnouw, 1973; Kleinman, Kunstadter, Alexander, Russell și James, 1978). Toate sistemele de vindecare psihologică sunt incluse în contextul cultural și

sunt, inevitabil, expresii

ale convingerilor şi valorilor culturale. Toate au în comun obiectivul de a ajuta un individ să revină la dezvoltarea „normală", așa cum este înțeleasă normalitatea în cultura respectivă sau să participe mai mult în societatea din care face parte. Nu este deci surprinzător, date fiind originile lor diferite, că există diferențe semnificative între obiectivele psihologiei occidentale moderne şi cele ale tradiției meditației cu mindfulness.

Viziunea occidentală asupra sinelui

Una dintre caracteristicile proeminente ale conceptului occidental de persoană şi sine este accentul pus pe separare. Spre deosebire de concepțiile culturilor nonoccidentale despre persoană, care pun accentul pe apartenența la clan, la societate şi la natură, noi tindem să avem o viziune radicală prin accentul pe care îl punem pe separare (Lee, 1959).

În tradițiile psihologice vestice, dezvoltarea sănătoasă a însemnat individualizarea clară, dependența redusă față de alții, cunoașterea propriilor nevoi, respectarea adecvată a limitelor cuiva, un sentiment clar şi stabil al identității şi un sentiment al sinelui marcat de coeziune şi respect. Deşi perspectiva aceasta a fost criticată de teoreticienii relaționali contemporani (de exemplu, Gilligan, 1982; Miller şi

Stiver, 1997), continuă să reprezinte fundalul pentru terapiile psihodinamică şi comportamentală deopotrivă.

Prin urmare, nu e deloc de mirare că pacienții din Vest ajung deseori la psihoterapie nemulțumiți că le lipsește una sau mai multe dintre aceste calități. Bineînțeles, psihoterapia caută să readucă indivizii la o participare mai pronunțată, conform concepției despre sine normativ-culturale.

Planurile de tratament exprimă adesea aceste idei culturale, observând că tratamentul are ca scop „să crească stima de sine… să identifice propriile nevoi în cadrul unei relații… să stabilească un sentiment mai închegat al sinelui… să stabilească limite şi să învețe să le păstreze în relații" şi așa mai departe. Accentul pe care îl punem noi pe autonomia individului (deseori împotriva dovezilor aduse de propriile ştiințe sociale) a generat un vocabular

tehnic amplu pentru a descrie tulburările sinelui şi afectarea relaţiilor care decurge de aici.

Chiar dacă domeniul psihologiei vorbește despre comportament *adaptat* sau *inadaptat*, şi nu de *sănătos* sau *bolnav*, e totuşi dificil să evităm presupunerea că suferinţa este o chestiune care ține de sănătate relativă la un ideal despre sine: „Dacă eu sufăr, atunci e ceva *în neregulă cu mine*".

Terapeutul lui Richard a discutat despre problemele acestuia cu stima de

sine şi cum sentimentul sinelui devenise dependent de afecţiunea iubitei sale. Richard considera că, dacă ar avea un sentiment al sinelui mai puternic, nu ar mai fi atât de afectat de plecarea Jessicăi.

Sinele în psihologia budistă

În contextul său original din psihologia budistă, mindfulness-ul nu era o tehnică folosită pentru a reda sentimentul sinelui, aşa cum înţelegem noi în mod normal. Scopul său nu era acela de a deveni cineva, ci de a cultiva o înţelegere profundă asupra „nonsinelui" (Pali: *anatta*). Obiectivele psihoterapiei şi meditaţiei cu mindfulness se despart semnificativ în punctul acesta. Meditaţia cu mindfulness îşi propune nimic mai puţin decât emanciparea psihologică, emoţională, morală şi spirituală totală, numită în mod obişnuit *iluminare*. Conceptul este unul evaziv, pentru că nu poate fi descris în termeni psihoterapeutici. Deşi mindfulness aduce beneficii recunoscute convenţional ca fiind terapeutice, reuşeşte să atingă un „scop terapeutic" aflat în afara concepţiei noastre construite cultural despre sinele sănătos — *caută să ilumineze insubstanţialitatea tuturor fenomenelor, inclusiv a sinelui.*

Noţiunea de insubstanţialitate a sinelui este una dintre cele mai dificile pentru occidentalii care studiază amănunţit mindfulness-ul. Ideea nu este însă străină

pentru ştiinţa contemporană. Toate elementele trupurilor şi minţilor noastre sunt într-un flux permanent, iar simpla reflecţie demonstrează că limita dintre trupul omenesc şi mediul său este, de fapt, una arbitrară. De fiecare dată când mănânc, respir sau merg la toaletă, milioane de molecule care erau cândva parte a mediului extern devin „eu" şi invers. La fel, putem privi o colonie de

furnici sau un stup de albine ca pe o colecţie de indivizi, dar comunităţile sunt mai bine înţelese ca organisme complexe, cam la fel cum trupul nostru poate fi privit ca o colecţie de celule interdependente (Thomas, 1995).

Prin intermediul meditaţiei cu mindfulness, ajungem să ne trăim pe noi înşine ca pe un flux continuu, un câmp de mişcare, mereu în schimbare, fără a ne referi la vreo esenţă căreia i se întâmplă acest lucru. Chiar şi sinele nostru preţuit este văzut ca un eveniment care apare când sunt întrunite condiţiile în acest sens şi trece când nu sunt întrunite; este mai mult o *stare* decât o *trăsătură*. Pe măsură ce înţelegerea profundă asupra sinelui-ca-proces se accentuează, începem să vedem ce nebunie e să acceptăm adeziunea naivă la ideea că „eul“ este fix, solid sau chiar realmente „al meu”. Insight-ul aceasta ne reduce semnificativ preocupările privind autoprotecţia sau automărirea şi ne permite să răspundem cu compasiune celorlalţi, când ne percepem interdependenţa reală cu toată creaţia (vezi Capitolele 5 şi 14).

E ironic că în psihologia budistă efortul reuşit de a stabili un sentiment mai stabil al identităţii, stimei de sine, siguranţei şi altora asemenea este considerat deseori o condiţie a *patologiei*, iluzie de la care porneşte calea meditaţiei cu mindfulness. Prin urmare, nu e ceva ieşit din comun ca scriitorii moderni să sugereze că obiectivele meditaţiei cu mindfulness încep unde se termină conceptul occidental de autodezvoltare (Boorstein, 1994). În cadrul acestei analize, psihoterapia occidentală aduce o persoană până la un punct pe calea dezvoltării, iar meditaţia cu mindfulness continuă procesul din punctul respectiv. „Banala nefericire omenească", descrierea lui Freud pentru cel mai bun rezultat de aşteptat din partea psihanalizei (Freud şi Breuer, 1895/2005), este descrisă ca punctul de plecare pentru practica meditaţiei cu mindfulness.

Diferenţele acestea reprezintă un punct de plecare fundamental pentru cele două tradiţii. Dat fiind că psihologia vestică se bazează pe noţiunea de sine stabil şi legat, priveşte dezvoltarea şi vindecarea ca pe nişte procese ale *devenirii* — a se face bine, mai puţin fragil, individualizat, a deveni *cineva*. La polul opus, practica budistă se referă la oprirea eforturilor noastre neîncetate de a ne întări sentimentul de permanenţă şi la rămânerea în incertitudinea pe care o observăm. E pentru a ne permite să punem capăt nevoii acesteia de *a deveni.*

Chiar dacă diferenţa aceasta de scopuri dintre practica psihologică

occidentală și cea budistă este una profundă, fisura nu este atât de adâncă, în unele sensuri. Se întâmplă așa pentru că *nonsinele* din psihologia budistă nu presupune eliminarea funcţiilor adaptative ale sinelui, ci descrie un sine observator, care e mai obiectiv și mult mai puțin identificat cu dorințele individuale decât vedem de obicei în psihoterapia vestică (Epstein, 1995).

Haideți să ne gândim cum arată în tradițiile noastre psihoterapeutice indivizii „bine-adaptați“, fiecare dintre ei având un „sentiment al sinelui” bine dezvoltat. Sunt persoane flexibile și deschise la experiențe noi; adaptabile, simt din plin suișurile și coborâșurile vieții și sunt capabile de relații apropiate, pline de iubire, precum și de compasiune faţă de ceilalți. Persoanele acestea sunt capabile să vadă lucrurile din mai multe perspective, să identifice obiective și să urmărească atingerea lor, fără a se lăsa afectate de conflicte interne sau de o nevoie impetuoasă de a-și exagera punctele forte sau de a-și minimiza slăbiciunile.

Tradiţional, iluminarea este înțeleasă ca dispariția permanentă a lăcomiei, urii și delirului. Nu există însă un „test al turnesolului" prin care să putem identifica sigur o persoană iluminată. E de așteptat ca toate calitățile descrise mai sus să se dezvolte din practica reușită în tradiția budistă. În vreme ce practicarea intensivă a meditației poate duce la transformări profunde în moduri invizibile pentru un observator extern, o persoană *iluminată* poate semăna mult cu persoana *sănătoasă*

descrisă mai sus. Putem observa suprapunerea aceasta în experiența lui Richard cu meditație cu mindfulness:

Datorită practicii intense, Richard a avut parte de momente în care gândurile discursive i-au amuțit. S-a simțit împăcat – parte a mediului său natural –, s-a minunat de evenimentele mărunte, cum ar fi o floare care se deschide spre soare sau tiparele complexe ale crăpăturilor dintr-un perete de piatră. Temerile și dorințele personale și-au pierdut din importanță. Printre momente de tristețe, excitație sexuală și imagini de gelozie violentă, a simțit clipe de iubire și compasiune pentru Jessica. Richard avea parte de momente de *nonsine* care produceau efecte similare celor pe care le-am aștepta de la *sinele* lui sănătos pe care îl cultiva psihoterapia.

Instinctele, „cauzele fundamentale" și natura umană

Fiind practici introspective, nu e de mirare că şi tradiţia psihodinamică şi cea a meditaţiei cu mindfulness au observat că impulsurile din inima omenească duc la suferinţă. (La început, psihologia comportamentală se diferenţia de şcolile psihodinamice declarând că, întrucât aceste impulsuri erau mai degrabă deduse decât observate direct, nu reprezintă un obiect adecvat de studiu.)

Freud a postulat original două pulsiuni instinctuale conectate biologic — erotică şi agresivă — ca fiind sursa motivaţiei umane. Dat fiind că aceste pulsiuni sunt vestigii care au rezistat din trecutul nostru evolutiv, o persoană adaptată corespunzător poate, în cel mai bun caz, doar să se acomodeze la ele într-o manieră permisibilă social. Costul unei astfel de acomodări este nevoia de mecanisme de apărare psihologice, care permit o oarecare gratificare a pulsiunilor, permiţându-ne (în mod ideal) să ne înţelegem cu ceilalţi. Natura umană nu poate transcende nicicând cererile agresive, ignorante, insaţiabile ale Se-lui.

Psihologia budistă descrie cele „trei cauze fundamentale" — lăcomia, ura şi iluzia — care dau naştere suferinţei (vezi Capitolul 14). Asemănarea primelor două cauze de bază cu instinctele lui Freud este evidentă: pulsiunea erotică = lăcomie; pulsiunea agresivă = ură. Atât tradiţia psihodinamică, cât şi cea a meditaţiei cu mindfulness descriu felul în care aceste forţe creează haos în viaţa mentală şi ambele sugerează modalităţi prin care să le înţelegem şi să le tratăm influenţa. Punctul în care se despart însă se referă la statutul final al acestor forţe.

Pe când Freud considera pulsiunile imobile, psihologia budistă ne învaţă că pot fi extirpate odată pentru totdeauna. Sigur că obiectivul acesta e exagerat, dar ideea că instinctele pot fi eradicate sugerează un potenţial de libertate umană absent în tradiţiile psihologice vestice. În tradiţia meditaţiei cu mindfulness, expresiile

acestor forţe în viaţa cotidiană a celui care meditează sunt considerate impedimente care trebuie recunoscute, manipulate cu îndemânare şi, în procesul de a fi pe deplin cunoscute, depăşite. Deşi dispariţia permanentă a acestor pulsiuni poate fi domeniul exclusiv al unei fiinţe pe deplin iluminate, pe măsură ce sunt expuse conştientizării cu mindfulness, forţele acestea slăbesc treptat, iar noi acumulăm încetul cu încetul înţelegere şi compasiune.

Faptul de a ne vedea munca drept parte a unui drum către libertatea psihologică deplină poate aduce o infuzie de speranţă şi entuziasm, lucru pe care acţiunea direcţionată spre nefericirea umană banală sau spre abilităţile adaptive de viaţă ale terapiei comportamentale se poate să nu îl reuşească.

Metode

Expunerea

O zonă importantă de suprapunere între psihoterapia psihodinamică, terapia comportamentală şi meditaţia insight-ului (înţelegerii profunde) este accentul pus pe *expunere*. În esenţă, toate cele trei tradiţii identifică înclinaţia noastră spre a evita ceea ce e neplăcut, pentru că e o cauză a suferinţei, şi se opun acesteia.

Adepţii terapiei comportamentale exprimă clar acest punct de vedere în

tratamentele prin expunere şi evitarea răspunsului pentru tulburarea obsesiv-compulsivă, fobii şi alte tulburări anxioase (Abramowitz, Deacon şi Whiteside, 2011; Barlow, 2004; Foa, Franklin şi Kozak, 1998). Ei descriu felul în care ajungem să dezvoltăm temeri condiţionate de situaţii care în trecut au fost neplăcute, le evităm şi, ca urmare, ratăm ocazia de a elimina temerile. De exemplu, un băiat muşcat de câine ar putea dezvolta o teamă generalizată de toţi câinii. Dacă, în consecinţă, evită contactul cu câinii, ratează ocazia învăţării corective a faptului că aceştia pot fi prietenoşi şi astfel rămâne blocat în teamă şi evitare persistente, inutile.

Tratamentul pentru o astfel de teamă şi „evitare experienţială", ca să folosim termenul lui Hayes, Wilson, Gifford, Follette şi Strosahl (1996) presupune punerea persoanei în contact cu stimulul de care se teme şi menţinerea acelui contact până când persoana învaţă, prin experienţă, că este, de fapt, inofensiv. În cazul câinelui, ducem copilul din ce în ce mai aproape de un câine inofensiv, învăţându-l să tolereze teama care apare până când, în cele din urmă, se poate juca alături de câine.

În psihoterapia psihodinamică, expunerea debutează cu discutarea gândurilor, sentimentelor şi amintirilor care au fost evitate fiindcă sunt neplăcute sau ruşinoase — expunerea interoceptivă. În mediul de încredere al relaţiei

terapeutice, pacienții învață că amintirile sau sentimentele interzise anterior sunt tolerabile și ajung să le accepte. Astfel, pacientul se eliberează și își poate relaxa mijloacele

nevrotice de apărare asociate simptomelor. Așa cum am amintit anterior, în practica actuală, expunerea aceasta din cabinet este urmată deseori de încurajări ca pacientul să se confrunte cu situațiile temute sau provocatoare în afara ședinței de terapie.

Meditația prin insight funcționează similar cu psihoterapia psihodinamică pe terenul acesta. Când o persoană stă și urmărește respirația, e inevitabil să apară gânduri, sentimente și imagini. Practicantul observă tendința persistentă de a se agăța de evenimentele plăcute și de a le respinge pe cele neplăcute — pe scurt, de a încerca să controleze experiența. Urmând instrucțiunile care îi spun nici să nu dea curs și nici să nu respingă experiențele acestea, persoana care meditează află că poate tolera conținutul mental neplăcut și că nu are de ce să se teamă de el (Orsillo și Roemer, 2011; vezi și Capitolul 9). Accentul este pus pe *a cunoaște*, fără vreo nevoie specială de exprimare, abreacție sau catharsis.

Prin intermediul acestei practici, persoana care meditează ajunge să se simtă confortabil cu conținutul minții sale. În acest sens, mindfulness-ul e ca terapia prin expunere, fără a discrimina între obiectele și evenimentele la care e expusă persoana.

La curs, Richard a fost cuprins de tristețe și teamă puternice, amintiri

erotice și imagini violente care presupuneau dezmembrarea Jessicăi și a fostului ei iubit. Uneori, emoțiile erau resimțite ca durere la nivelul corpului — gâtul înțepenit, tensiune musculară în altă parte. Treceau ore întregi în care scenele erotice și violente i se derulau prin minte ca un film. Cu toate acestea, Richard a încercat să își urmeze instrucțiunile — a permis senzațiilor și imaginilor să apară și nici nu le-a dat deoparte, nici nu și-a distras atenția.

Cu timpul, lucrurile au început să se schimbe. Aversiunea față de experiențele acestea i s-a domolit. Doliul pentru decizia luată de Jessica părea că se accelerează prin expunerea necurmată la imagini și sentimente. Experiența a fost una cathartică, deși în liniște. La capătul celor două săptămâni, Richard

se simţea mult mai împăcat.

Lumea interpersonală

Cea mai mare parte a psihoterapiei psihodinamice şi comportamentale este diadică, având loc în cadrul unei relaţii interpersonale semnificative. Tratamentele de grup şi de familie au şi ele un pronunţat caracter interpersonal. Prin urmare, e foarte probabil ca problemele din relaţii să iasă la iveală şi să fie tratate în cadrul psihoterapiei.

În schimb, natura tradiţional solitară a meditaţiei şi accentul pus de aceasta pe momentul prezent pot influenţa materialul care e *improbabil* să apară. Cunoştinţele tradiţionale ale celor care meditează sunt pline de poveşti cu indivizi care cad pradă unor conflicte interpersonale nevrotice, în ciuda anilor de practicare intensivă a meditaţiei. Într-adevăr, meditaţia poate fi folosită eronat, ca o scăpare de chinul relaţiilor intime.

În cadrul psihoterapiei psihodinamice clasice, analiza transferului este principalul instrument de tratament. Deşi tradiţiile meditaţiei cu mindfulness consideră relaţia dintre un student şi un profesor un element esenţial al practicii şi se poate folosi prezenţa unui alt meditator ca sprijin, meditaţia este, în primul rând, un demers solitar şi nu se depun eforturi pentru a înţelege transferul şi contratransferul. În plus, practica budistă a fost predată mai întâi călugărilor şi, chiar dacă acum este disponibilă din ce în ce mai mult şi pentru cei din afară, nu s-a focalizat niciodată pe navigarea printre problemele obişnuite cu care se confruntă oamenii din afara clerului, în lumile muncii şi iubirii.

Structură şi sprijin

Atât meditaţia, cât şi psihoterapia avansează, prin permisiunea dată

individului să îşi examineze gândurile, sentimentele şi acţiunile fără a recurge la căile scăpării şi evitării. Ambele tradiţii oferă elemente de sprijin pentru a facilita mişcarea aceasta către experienţa dificilă.

Elementele de sprijin din psihoterapie

Principalul sprijin acordat de psihoterapie este, discutabil, calitatea relaţiei

terapeutice, mai ales postura deschisă şi de acceptare a terapeutului (vezi Partea a II-a). În faţa neînfricării autentice a terapeutului, pacientul ar putea prinde curaj să se apropie de experienţele şi amintirile dureroase sau umilitoare. La fel stau lucrurile şi cu calităţi precum empatia, interesul susţinut şi grija autentică, temperate de neutralitatea profesională, care creează un mediu propice unei alianţe terapeutice. Acesta e „mediul de susţinere" descris de D.W. Winnicott (2006).

Încrederea crucială pentru terapie beneficiază de susţinerea integrităţii terapeutului. Elementele acestei încrederi sunt codificate în angajamentul absolut al terapeutului pentru confidenţialitate şi o indicare clară a limitelor sale (de exemplu, în faţa unei vătămări serioase, iminente). Stabilirea şi păstrarea unor programări cu caracter consecvent (atât în ceea ce priveşte începutul, cât şi sfârşitul) oferă la rândul său o măsură a încrederii. Integritatea autentică este baza încrederii (vezi

Capitolul 6). În cele din urmă, încrederea reciprocă în eficienţa procesului şi metodelor terapeutice le poate permite pacienţilor să îşi suspende o parte a precauţiei obişnuite (Meyer et al., 2002).

Şi elementele introduse de terapia comportamentală oferă sprijin. Folosirea scalelor de notare şi a inventarelor contribuie la un sentiment de legitimitate ştiinţifică a activităţii. Când se foloseşte „tema pentru acasă" în cadrul psihoterapiei (şi cei mai mulţi terapeuţi o folosesc într-o formă sau alta; vezi Kazantzis şi Dattilio, 2010; Scheel, Hanson şi Razzhavaikina, 2004), pacientul poate să aibă încredere în capacitatea sa de a continua independent activitatea terapeutică.

Elementele de sprijin ale practicii meditaţiei

Meditaţia cu mindfulness este o practică bine dezvoltată, rafinată de-a lungul secolelor. În consecinţă, au fost eliminate multe „defecte". Practica meditaţiei poate fi dificilă uneori, dar există numeroase surse de sprijin pentru eforturile individului, inclusiv elemente de structură a practicii:

• *Învăţăturile tradiţionale ca hartă*: Cineva care studiază meditaţia poate apela pentru ghidare la o lungă istorie de tehnici formale. Deşi practica se concentrează asupra propriei experienţe unice, aceste învăţături descriu

încotro se îndreaptă

practica, la ce te poți aștepta și care sunt metodele potrivite pentru diferite obstacole care ar putea să se ivească. Aceste învățături oferă o modalitate de a înțelege experiențele dificile sau înfricoșătoare, astfel încât studentul să nu simtă că a „căzut" de pe drum. Harta acestor învățături oferă un grad de predictibilitate cu efect fortifiant.

• *Comunitatea oamenilor care gândesc la fel*: Din perspectivă istorică, o comunitate de călugări și călugărițe a asigurat continuitatea instruirii și practicii. În zilele noastre, în Occident, o comunitate de persoane care gândesc la fel poate reprezenta un sprijin enorm. E mai puțin probabil ca un individ să fugă de la o ședință dificilă de meditație dacă aceasta se desfășoară într-o încăpere plină de alți meditatori tăcuți. De asemenea, practica aceasta poate părea neobișnuită sau chiar exotică; faptul de a fi alături de alții ne ajută să simțim că practica e legitimă și merită osteneala. Discutând cu ceilalți oameni care meditează, un individ se liniștește când află că problemele cu care se confruntă nu sunt chiar unice; alții se confruntă cu durere fizică, neliniște, îndoială și somnolență.

• *Experiența altora ca modele*: Exemplul dat de nenumărați alții care au avut de câștigat de-a lungul secolelor ne oferă inspirația care ne poate ajuta în perioadele dificile. Un contact direct cu un profesor experimentat poate fi o sursă deosebită de inspirație, dacă persoana respectivă este înțeleaptă și plină de compasiune. Un

profesor cu experiență poate oferi, de asemenea, sfaturi „adaptate" în perioadele dificile.

• *Succesul în practică drept întărire*: La fel ca în cazul dobândirii oricărei abilități, un oarecare succes în practicarea mindfulness-ului întărește eforturile depuse de o persoană. Sarcina de a acorda atenție susținută poate părea imposibilă, la început. Însă faptul de a gusta chiar și o fărâmă de claritate poate fi o recompensă și un sprijin. Odată ce studentul începe să resimtă înțelegerea profundă, practica devine captivantă. La un anumit nivel, mindfulness-ul devine fascinant, indiferent de conținutul conștientizării.

• *Concentrarea* contribuie la stăpânirea tulburării care poate apărea în

practica mindfulness. Concentrarea se dezvoltă natural alături de mindfulness în meditație și are un caracter stabilizator, calmant și fortifiant. Grație stabilității din ce în ce mai pronunțate, devenim mai capabili să permitem atenției să zăbovească asupra experiențelor dificile fără a tresări. *Postura fizică* — de obicei, așezat, cu coloana vertebrală dreaptă — susține și ea eforturile practicii, ajutându-ne să rămânem atenți și să ne simțim „susținuți" pentru a face față la orice ar apărea în conștientizare (Suzuki, 2015).

• *Compasiunea și autocompasiunea*: Un rezultat al meditației cu mindfulness este accentuarea sentimentelor de interconectare. Pe măsură ce ajungem să ne dăm

seama că dorința noastră de fericire și de bunăstare, la fel ca suferința noastră, sunt împărtășite de toți ceilalți, compasiunea apare natural, atât față de noi, cât și față de toate ființele. Compasiunea aceasta ne ajută să ne judecăm mai puțin practica meditației și să ne dăm seama că beneficiile practicii merg mai departe de noi.

Epistemologie

O altă zonă importantă de suprapunere între tradiția psihoterapeutică occidentală și tradiția meditației cu mindfulness se referă la metodele lor de descoperire. Aceste metode merită în mod deosebit atenție în climatul actual, care pune accentul pe căutarea de tratamente cu susținere empirică.

Am văzut mai devreme că tradițiile psihodinamică, comportamentală și mindfulness împărtășesc interesul pentru o viziune clară asupra realității, chiar dacă diferă întru câtva la nivelul concluziilor despre realitate. E interesant că, deși este anterioară Renașterii occidentale cu peste două milenii, psihologia budistă din care derivă practica mindfulness are o atitudine uimitor de modernă față de descoperirea „adevărului".

Meditația (insight-ului) înțelegerii profunde folosește observația directă ca

mijloc de a înțelege cum funcționează mintea. Chiar dacă sunt predate hărți și repere bazate pe observațiile altora, tradiția subliniază puternic că nu trebuie să accepți un principiu fără a-l verifica mai întâi prin propria experiență. Deși nu se bazează pe metoda științifică experimentală modernă, meditația cu

mindfulness este totuşi parte a unei tradiţii empirice avansate.

Psihanaliza, din care s-a născut psihoterapia psihodinamică, s-a considerat istoric o disciplină empirică, ştiinţifică. Începând de la Freud, demersurile sale au fost interesate de găsirea adevărului prin intermediul observaţiei. Freud considera că metoda psihanalizei poate beneficia de pe urma adevărului ştiinţific. Totuşi, criticii moderni au subliniat că numeroase postulate psihodinamice nu pot fi testate imediat experimental, iar teoreticienii mai recenţi s-au deplasat către o abordare hermeneutică pentru a ajunge la semnificaţie şi „adevăr".

Desigur, atât tradiţia psihodinamică, cât şi cea budistă au manifestat tendinţa omenească de a crea ortodoxii, astfel încât, uneori, fiecare s-a bazat pe învăţăturile transmise într-un mod care inhibă descoperirea. Cu toate acestea, perceperea directă a adevărului, aşa cum e relevat de experienţă, este de mare preţ în tradiţia budistă; nicio axiomă sau dogmă, oricâtă susţinere ar avea din partea datelor acumulate sau oricât de mult ar fi popularizată de o autoritate superioară, nu poate fi acceptată înainte de a fi testată în laboratorul propriei experienţe. După cum se zice

că spunea deseori maestrul budist Lin Chi, din secolul al nouălea: „Dacă te întâlneşti cu Buddha pe drum, ucide-l" — răspunsurile se găsesc în interior (Harris, 2006, p. 73).

Terapia comportamentală este o tradiţie radical empirică în alt sens şi şi-a testat îndelung postulatele prin experimente. Diferă de celelalte două tradiţii într-o privinţă importantă: în loc să încurajeze fiecare practicant sau client să vadă dacă principiile sunt aplicabile experienţei sale, tradiţia comportamentală caută experimente repetabile, revizuite iniţial de alţii, pentru a identifica principiile generale care pot fi aplicate indivizilor (deşi fiecare tratament devine propriul experiment).

Metodologia ştiinţifică încearcă să previzioneze şi să controleze fenomenele prin intermediul observaţiei, generării de ipoteze, experimentelor şi replicării. Cuprinde o convingere subiacentă consecventă cu tradiţia raţională occidentală, conform căreia ceea ce e adevărat e adevărat independent de percepţia noastră; adevărul este obiectiv.

Adevărul căutat în meditaţia budistă este diferit. Scopul investigaţiei sistematice din meditaţie nu este acela de a crea un model repetabil al realităţii, care să reziste în faţa verificării ştiinţifice. În schimb, caută înţelegerea pentru un singur scop; acela de a ajuta practicantul individual să se elibereze de suferinţă.

În ciuda diferenţelor de la nivelul abordării, intrăm, în prezent, într-o nouă

perioadă în care principiile psihologiei budiste şi efectele practicării meditaţiei sunt analizate de ştiinţa occidentală. Iar Dalai Lama (2005a) a spus adesea: „Dacă ştiinţa demonstrează că vreuna dintre credinţele budiste se înşală, atunci budismul va trebui să se schimbe". Rămâne de văzut cum vor continua să se influenţeze reciproc aceste două mari tradiţii empirice.

Şi psihoterapia, şi mindfulness-ul sunt preocupate de găsirea unei modalităţi de a uşura suferinţa psihologică, făcând ca efortul de a găsi elemente comune să merite osteneala. O evaluare respectuoasă a fiecăreia îi scoate la lumină punctele forte şi slăbiciunile, contribuie la evitarea reducerii uneia la cealaltă şi ne atenţionează în privinţa pericolelor de a trece cu vederea integritatea fiecărei practici în cadrul tradiţiei sale. După ce am încercat să ne luăm astfel de precauţii, ne putem îndrepta acum atenţia către modalităţile prin care mindfulness-ul poate extinde şi aprofunda practica psihoterapiei.

Partea a II-a

Relația terapeutică

Psihoterapia este, mai presus de toate, un proces relațional. Chiar dacă au fost rafinate vreme de peste două milenii de către călugări, călugărițe și asceți, practicile mindfulness se dovedesc acum remarcabil de folositoare pentru a ne dezvolta capacitatea de a avea relații interpersonale. Se pare că psihologia budistă, din care derivă multe dintre practicile mindfulness, conține și cadre de referință pentru structurarea și aprofundarea legăturilor dintre noi.

Capitolul 3 explorează tehnicile de mindfulness ca formare clinică — așa cum stimulează prezența terapeutică, cultivă acordajul empatic și promovează flexibilitatea cognitivă — toți fiind factori importanți pentru rezultatul pozitiv al tratamentului. Capitolul 4 construiește pe acest fundament, ilustrând felul în care practicile mindfulness pot fi folosite pentru a crește atenția, cum cei șapte factori ai trezirii din psihologia budistă ne pot ajuta să fim pe deplin prezenți în munca noastră și cum practicile care au ca scop cultivarea compasiunii ne pot ajuta să prevenim apariția epuizării și ne pot aprofunda relația cu pacienții. Capitolul 5 explorează ceea ce ar putea fi, discutabil, cea mai mare contribuție a Occidentului la evoluția mindfulness: practici construite explicit pentru a cultiva mindfulness-ul relațional

sau interpersonal, pentru a ne aprofunda relațiile personale și profesionale. În final, Capitolul 6 investighează modul în care principiile etice budiste, care, tradițional, sunt considerate fundația practicii meditației, ne pot ajuta să ne aprofundăm activitatea ca psihoterapeuți.

CAPITOLUL 3

Mindfulness-ul ca pregătire clinică

Paul R. Fulton

Arta de a vindeca vine de la natură, nu de la medic. Prin urmare, medicul trebuie să pornească de la natură, cu mintea deschisă.

PARACELSUS (1493–1541)

Există numeroase moduri în care mindfulness-ul poate fi integrat în terapie, de la influența implicită a terapeutului care conștientizează cu mindfulness ce se întâmplă în cadrul tratamentului și până la predarea explicită a exercițiilor de mindfulness pacientului (vezi Capitolul 1). Acest capitol vizează capătul implicit al spectrului — influența practicării mindfulness de către terapeutul însuși — și aduce argumente pentru valoarea mindfulness ca formare pentru clienți, indiferent de abordarea teoretică sau de tehnicile folosite în cadrul tratamentului.

Din ce în ce mai des, practica mindfulness este inclusă în formarea clinică (Aggs și Bambling, 2010; Christopher și Maris, 2010; Moore, 2008). Cele mai

multe dintre cercetările care au vizat aplicarea mindfulness-ului s-au concentrat asupra folosirii sale ca intervenție clinică pentru anumite tulburări, însă activitatea recentă începe să se orienteze către impactul practicii mindfulness, mai ales al formării în RSBM (reducerea stresului bazată pe mindfulness) asupra celor care activează în domeniul medical (Bruce, Young, Turner, Vander Wal și Linden, 2002; Cohen-Katz et al., 2005; Galantino, Baime, Maguire, Szapary și Farrer, 2005; Irving et al., 2009; Martin-Asuero și Garcia-Banda, 2010; McCollum și Gehart, 2010; Shapiro, Astin, Bishop și Cordova, 2005; Shapiro, Schwartz și Bonner, 1998; Wang și Gao, 2010; Warneke, Quinn, Ogden, Towle și Nelson, 2011). Nu e de mirare că rezultatele cercetărilor sugerează că terapeuții clinicieni pot avea parte de aceleași efecte benefice ale formării în mindfulness raportate anterior de nonclinicieni, cum ar fi reducerea anxietății și depresiei (Shapiro et al., 1998), reducerea tulburărilor de dispoziție (Rosenweig, Reibel, Greeson, Brainard și

Hojat, 2003) și un nivel crescut al empatiei și autocompasiunii (Shapiro et al., 2005, 2007). Până acum, impactul nivelului de conștientizare cu mindfulness și practicarea zilnică a mindfulness-ului de către terapeut asupra cursului tratamentului au beneficiat de mai puțină atenție din partea cercetătorilor.

Ce contează în psihoterapie?

Pentru a înțelege felul în care practica de mindfulness a terapeuților le-ar putea influența acestora pacienții, ar putea fi util să te gândești la ce contează cu adevărat în cadrul tratamentului. O abordare pentru identificarea factorilor-cheie în terapia eficientă constă în crearea și rafinarea intervențiilor a căror eficiență poate fi stabilită prin teste de control randomizate (de exemplu, Clark, Fairburn și Wessely, 2008; Siev, Huppert și Chambless, 2009). În schimb, alții au susținut că tratamentul eficient se datorează mai degrabă unor factori comuni, precum calitățile personale ale terapeuților clinicieni și relației terapeutice (Duncan și Miller, 2000), și nu anumitor tehnici sau abordări (Hatcher, 2010; Leichsenring, 2001; Luborsky et al., 2002; Rosenzweig, 1936; Stiles, 2009). Cei care propun abordarea factorilor comuni privesc adesea terapia mai mult ca pe o artă decât ca pe o știință.

Probabil că disputa aceasta va dura ani de zile, însă există o *cale de mijloc* între aceste perspective, exprimată în concluzia unui grup amplu de lucru pentru relațiile eficiente de tratament (Norcross și Lambert, 2011, p. 1): „La fel ca toate demersurile umane complexe, numeroși factori sunt responsabili pentru succes și eșec: pacientul, metoda de tratament, psihoterapeutul, contextul și relația dintre terapeut și pacient“. Pe baza analizei cercetărilor la nivelul acestor factori, observă autorii, „relația terapeutică este responsabilă pentru ameliorarea clienților (sau lipsa ei) în egală măsură cu metoda de tratament folosită” (p. 2). Acest capitol se

concentrează tocmai asupra contribuției potențiale a mindfulness-ului la relațiile eficiente de tratament.

Mindfulness, factorii comuni și relația terapeutică

O serie de metaanalize a stabilit existența unei asocieri pozitive între alianța terapeutică și rezultatul tratamentului (Horvath, Del Re, Flückiger și Symonds, 2011; Tryon și Winograd, 2011; Wampold, 2001), chiar și în TCC

restructurată (Waddington, 2002) şi în tratamentul farmacologic (McKay, Imel şi Wampold, 2006). E foarte important de reţinut că evaluarea dată de *pacient* alianţei pare a prezice mai bine rezultatele pozitive decât o face perspectiva terapeutului (Horvath et al., 2011; Orlinsky, Ronnestad şi Willutzki, 2004).

Metaanalizele au stabilit că valoarea *empatiei* în relaţiile terapeutice eficiente pentru o gamă de orientări teoretice, gravitate a simptomelor şi formate de tratament. Chiar dacă empatia este un factor evaziv, greu de măsurat: „Per ansamblu, empatia este responsabilă pentru la fel de multă şi probabil mai multă variaţie la nivelul rezultatului decât intervenţia specifică" (Bohart, Elliott, Greenberg şi Watson, 2002, p. 96), chiar şi în tratamentele bazate pe protocoale şi farmacologice (Wampold, Imel şi Miller, 2009). Unii autori au mers atât de departe încât să

afirme că relaţia *este* tratamentul (de exemplu, Duncan şi Miller, 2000). Şi aici, evaluarea pacientului pentru empatia terapeutului prezice mai bine succesul decât o face propria evaluare a terapeutului (Elliot, Bohart, Watson şi Greenberg, 2011). Nu e de mirare că acele calităţi pe care pacienţii le atribuie psihoterapeuţilor în cadrul alianţelor pozitive de tratament includ empatia, căldura, înţelegerea şi acceptarea, privirea pozitivă, colaborarea şi consensul (Norcross şi Wampold, 2011) şi absenţa unor comportamente precum acuzarea, ignorarea sau respingerea (Lambert şi Barley, 2001). Alte metaanalize ale unor relaţii terapeutice de succes s-au concentrat asupra privirii pozitive (Farber şi Doolin, 2011), asupra reparării cu succes a rupturilor din alianţa terapeutică (Safran, Muran şi Eubacks-Carter, 2011) şi a autenticităţii terapeutului şi relaţiei (Kolden, Klein, Wang şi Austin, 2011).

Psihoerapeuţii diferă la nivelul acestor dimensiuni; unii sunt mai eficienţi decât alţii (Huppert, Bufka, Barlow, Gorman şi Shear, 2001; Kim, Wampold şi Bolt, 2006), iar aceste diferenţe pot cântări mai mult decât metoda de tratament sau teoria adoptată de terapeut (Lambert şi Ogles, 2004; Luborsky et al., 1986; Wampold, 2001).

Dată fiind importanţa relaţiei terapeutice, are sens ca metodele de a crea o alianţă puternică să fie predate clinicienilor cel puţin în aceeaşi măsură în care li se predau teoria şi tehnica. Şi totuşi, programele universitare actuale pun, în general,

accentul pe modele de tratament şi tehnică, în detrimentul calităţilor mai puţin tangibile le terapeutului, poate pentru că e mai uşor de procedat în felul acesta. Cultivarea calităţilor personale benefice ale cursanţilor clinicieni ar putea fi mai complexă şi mai subtilă decât acumularea de cunoştinţe teoretice şi despre tehnici de tratament specifice (Crits-Christoph şi Gibbons, 2003; Crits-Christoph, Gibbons şi Hearon, 2006; Lazarus, 1993; Norcross şi Beutler, 1997). Formarea abilităţilor terapeutice este esenţială, dar provocarea mai mare e să găseşti o modalitate de a contribui la cultivarea unor calităţi asociate cu relațiile terapeutice puternice.

Mindfulness ca formare avansată

Mindfulness cultivă numeroase calităţi potrivite pentru a stabili o alianţă terapeutică puternică. Printre factorii care sprijină relaţia terapeutică se numără cultivarea atenției (Lutz et al., 2009; Valentine şi Sweet, 1999), compasiunea şi empatia (Neff, 2003; Sweet şi Johnson, 1990), prezența terapeutică (Brown şi Ryan, 2003; Geller şi Greenberg, 2002; Thomson, 2000), armonizarea cu propria persoană (Bruce et al., 2010), deschiderea şi acceptarea (Bishop et al., 2004), autoobservarea şi autoînțelegerea profundă fără pasiune (Chung, 1990), o perspectivă mai amplă asupra suferinței (Deikman, 2001), nonatașamentul (Tremlow, 2001) şi o

serie de alți factori (Henley, 1994; Siegel, 2009a).

Până în prezent, dovezile care stabilesc legătura dintre mindfulness-ul terapeutului şi rezultatele clinice sunt limitate şi echivoce, având la bază mai ales date calitative şi un număr mic de teste relativ scurte. Cel mai cuprinzător studiu a alocat aleatoriu un grup de terapeuți care acordă tratament de zi să practice meditația zen vreme de 9 săptămâni. La finalul acestei perioade, clienții lor au indicat rezultate mai bune decât cele ale terapeuţilor care nu meditaseră, în ceea ce privește o serie de dimensiuni, printre care reducerea simptomelor, rata schimbării şi starea de bine generală (Grepmair et al., 2007). Alte cercetări au indicat fie un impact pozitiv al mindfulness-ului terapeuților asupra rezultatelor tratamentului (Padilla, 2011), fie niciun impact (Stratton, 2006) sau, în cadrul unor studii, corelații negative (Vinca şi Hayes, 2007). De exemplu, Stanley şi colegii săi (2006) au descoperit că mindfulness-ul terapeuților previziona o *mai mică* îmbunătățire

la nivelul funcționării globale și reducerii simptomelor. (Aceste observații negative ar putea fi un artefact al dificultății de a măsura mindfulness-ul: persoanele care dau dovadă de mai mult mindfulness au tendința de a-și subestima nivelul de mindfulness, în vreme ce subiecții care au mai puțin îi supraestimează frecvent nivelul [Davis și Hayes, 2011].)

Da, pare natural să sugerezi că influența mindfulness-ului asupra terapeutului

e compatibilă cu calitățile care stau în spatele unei relații terapeutice de succes. De exemplu, dacă mindfulness-ul cultivă empatia, iar empatia este asociată unei relații de tratament eficiente, pare plauzibil ca mindfulness-ul unui terapeut să influențeze pozitiv rezultatele. Creșterea interesului terapeutului pentru mindfulness sugerează că perspectiva aceasta ar putea să devină mai populară. Câtă vreme așteptăm cercetări nomotetice efectuate pe eșantioane mai mari, putem să ne analizăm mai îndeaproape propria experiență calitativă terapeutică și aceea a terapeuților orientați spre mindfulness în practica clinică. Unele capacități și calități ale minții, care par să fie relevante pentru relația terapeutică și sunt stimulate de practica mindfulness, sunt descrise mai jos și în următoarele trei capitole.

A fi atent

Fiecare psiholog clinician știe din experiență că mintea mai rătăcește în timpul terapiei. O colegă descria cum participase la un grup de supervizare, ca tânără practicantă, unde un psihiatru cu experiență povestea pe un ton confesional despre problemele pe care le are când vine vorba de a fi atent la pacienții săi. Supervizorul a spus că și lui i se întâmpla regulat să fie cu mintea în altă parte în cadrul fiecărei ședințe de terapie. Practicanta, ca meditator cu experiență, fusese șocată; ea chiar

crezuse că terapeuții pot fi foarte atenți la pacienții lor. „Cum pot să facă psihoterapie fără să fie atenți?"

Lipsa atenției poate fi o reacție la ce se întâmplă — sau nu se întâmplă — în ora de terapie. Un pacient deconectat emoțional îl poate face pe terapeut să se simtă la fel de distras și de plictisit. Sau un terapeut căruia materialul oferit de pacient îi creează o stare de anxietate poate reacționa „deconectându-se“, devenind neliniștit, somnoros sau parțial absent în alt mod. Se poate ca

întrebarea adresată de terapeut sieşi: „Ce se întâmplă cu pacientul acesta de îmi e atât de greu să fiu interesat?” să fie sau să nu fie suficientă pentru a elimina dezinteresul.

Unii terapeuţi cu experienţă cad victime ale neatenţiei chiar mai uşor decât novicii nerăbdători, dar ei pot reuşi să îşi acopere lacunele de atenţie punând, de exemplu, o întrebare de tatonare cu promptitudine. Ne putem preface că suntem atenţi, crezând că pacientul nu îşi dă seama, iar terapia poate continua fără viaţă. În schimb, interesul autentic şi atenţia concentrată sunt greu de mimat. Când suntem atenţi şi concentraţi, energia ne e stimulată, iar ambele părţi sunt complet atente la ce au de făcut. Starea de atenţie a unui terapeut poate fi stimulată de un pacient angajat emoţional sau de relatarea sa fascinantă, dar nu ne putem baza mereu pe pacienţi să ne menţină trează atenţia.

Practica mindfulness este un antidot pentru mintea care rătăceşte, iar atenţia

îmbunătăţită a fost avansată ca mecanism subiacent acţiunii în meditaţia cu mindfulness (Carmody, Baer, Lykins şi Olendzki, 2009; Hölzel, Lazar et al., 2011; Lutz, Slagter, Dunne şi Davidson, 2008; Shapiro et al., 2006). Deşi departe de a fi un tratament permanent pentru revenirea diurnă, mindfulness-ul ne întăreşte capacitatea de atenţie (Jha, Krompinger şi Baime, 2007; van den Hurk, Giommi, Gielen, Speckens şi Barendregt, 2010). Dat fiind că putem conştientiza cu mindfulness orice eveniment psihologic — inclusiv plictiseală sau anxietate — fiecare moment de terapie este o ocazie pentru a exersa mindfulness-ul.

Când suntem plictisiţi, mulţi dintre noi caută excitaţia sau stimularea. Se poate crea un întreg stil de viaţă bazat pe căutarea fiorilor şi a noului, astfel încât viaţa obişnuită poate părea respingător de plicticoasă. Meditaţia cu mindfulness are o altă abordare pentru generarea interesului. Antrenând mintea să fie atentă la detaliile experienţei, devenim sensibili la evenimente simple precum gustul mâncării, senzaţiile mersului sau jocul de lumină pe mobila din biroul nostru. Când suntem alerţi, fascinaţia este un răspuns natural — chiar şi plictiseala dispare în faţa interesului.

Atenţia deplină din partea celorlalţi este uimitor de neobişnuită, ba chiar merită *să fie plătită* la psihoterapie. Când întâlnim pe cineva interesat şi

concentrat cu totul asupra cuvintelor noastre, avem sentimentul că s-a întâmplat ceva

deosebit. *Știm* că am fost ascultați într-un mod neobișnuit. Faptul de a acorda o atenție autentică, din toată inima, este un dar pe care îl putem face oricui dintre cei pe care îi întâlnim, fie că e vorba de copii, parteneri, colegi sau pacienți. În cadrul întâlnirilor clinice, o asemenea atenție concentrată dă viață ședinței. Din fericire, poți învăța să ai un astfel de nivel al atenției, îl poți exersa și îl poți aprofunda. Atenția cu mindfulness, aplicată interacțiunii terapeutice clipă-de-clipă, ne poate permite să *observăm* când am plecat, empatic vorbind, de lângă pacienții noștri, astfel că scăparea poate fi remediată (Bruce et al., 2010). Astfel de reparații sunt legate pozitiv de succesul psihoterapiei (Safran et al., 2011).

Există o expresie zen japoneză, *ichigo ichie*, care se traduce, în mare, prin „o ocazie, o întâlnire". Ea ne sugerează că fiecare clipă e unică, fără precedent și imposibil de reprodus. Când abordăm fiecare moment înțelegând acest lucru, ne amintim să fim atenți la fiecare nouă clipă, cu o privire proaspătă.

Tolerarea afectului, reglarea emoțională și neînfricarea

Când practicăm mindfulness, printre oaspeții invitați și neinvitați se vor regăsi emoții puternice. Sentimentele intense pot fi primite cu brațele deschise, cu aceeași atitudine de acceptare și interes cu care primim orice alt eveniment mental.

Chiar dacă emoțiile puternice pot fi copleșitoare, când lăsăm deoparte teama și opoziția, descoperim că nicio emoție nu e vreodată permanentă și că putem tolera mai mult decât credeam. *Toleranța* ar putea fi un termen prost ales, fiindcă sugerează o relație cu dinții încleștați și pumnii strânși cu emoția, ca și cum ne-am putea croi drum prin forță fizică și puterea voinței. Toleranța *cu mindfulness* este marcată de o *înmuiere în* și *îmbrățișare a* experienței, având calitățile permisiunii și prieteniei (vezi Capitolul 1). Devenind conștienți de teama de a fi copleșiți, am putea fi mai puțin intimidați sau posedați de emoție. Sentimentele nu sunt atât îndurate, cât cunoscute.

Tolerarea afectului (cunoscută uneori și sub numele de *reglare emoțională*) a fost descrisă pentru prima dată în termeni psihanalitici de Elizabeth Zetzel

(1970) şi este considerată, în prezent, un mecanism terapeutic în meditaţia prin mindfulness (Garland, Gaylord şi Fredrickson, 2011; Hölzel, Lazar et al., 2011). Dată fiind importanţa senzaţiilor corporale în resimţirea emoţiilor (din acest motiv se numesc emoţiile *sentimente*), există din ce în ce mai multe motive pentru a crede că o relaţie nouă cu senzaţiile noastre corporale — a fi mai conştient şi a accepta — ne poate ajuta la reglarea emoţiilor (Bechara şi Naqvi, 2004).

Nu e de mirare că propria noastră conştientizare emoţională pare a fi asociată cu înţelegerea vieţilor emoţionale ale *altora* (Decety şi Jackson, 2004). De exemplu,

Dan Siegel (2007) susţine că abilitatea noastră de a ne acorda la noi înşine are la bază aceleaşi circuite neuronale necesare pentru a ne acorda la ceilalţi; faptul de a fi atenţi la noi înşine pare a fi legat neurologic de acordarea empatică la ceilalţi. *Acordarea* descrie o relaţie în cadrul căreia o persoană se concentrează asupra lumii interioare a alteia, astfel încât celălalt „se simte simţit", înţeles şi conectat (Bruce et al., 2001; Siegel, 1999). Procesul ar putea avea la bază neuronii-oglindă, care, s-a observat la primatele inferioare, se aprind la imitarea mişcărilor observate ale altcuiva (Carr, Iacaboni, Dubeau, Mazziotta şi Lenzi, 2003). Respectiv, observarea comportamentului altei persoane pare să activeze acei neuroni ai observatorului, ca şi cum observatorul ar fi desfăşurat el însuşi activitatea aceea. Chiar dacă mecanismul nu a fost încă demonstrat pentru creierele umane, ar putea furniza un fundament biologic pentru a înţelege empatia şi conduita socială.

Bruce şi colegii săi (2010) sugerează că mindfulness-ul este o formă de acordare la sine. În plus, aceştia speculează că „relaţia unui psihoterapeut cu el însuşi are o influenţă directă asupra relaţiei sale cu pacienţii" (p. 87). Respectiv, ipoteza lor e că mindfulness-ul terapeutului permite acordarea la pacienţi şi, în consecinţă, sprijină acordarea pacienţilor la ei înşişi.

Siegel (2007) sugerează că mindfulness-ul ne sprijină abilitatea de a rezona cu experienţa altcuiva şi de a contribui, în acelaşi timp, la întărirea circuitelor de

autoreglare care ne protejează să nu fim copleşiţi. Ambele reprezintă abilităţi cruciale pentru un terapeut — să fie conectat empatic, dar să păstreze şi

echilibrul, evitând să fie inundat de durerea altcuiva.

Tolerarea afectului şi reglarea emoţională sunt, de obicei, considerate abilităţi care trebuie cultivate de pacienţi, deşi ele sunt foarte importante şi pentru terapeuţi; dacă nu ne putem tolera propriile emoţii dificile, ar putea să ni se pară dificil să avem de-a face cu afectele puternice ale pacienţilor noştri. Probabil ne vom distanţa de noi şi de pacienţii noştri. Asta se poate întâmpla fără să ne dăm seama.

După mai multe luni de terapie, un bărbat de vârstă mijlocie a început să descrie abuzurile pe care le suferise în copilărie, cu mare greutate, într-o manieră tensionată şi uniformă. Povestea spusă de el era îngrozitoare, iar terapeuta, o femeie de vârstă mijlocie trecută prin multe, era copleşită. Simţea cum o cuprinde sila şi se dădea înapoi în faţa naturii grafice a celor spuse. Căuta frenetic o intervenţie adecvată sau o afirmaţie liniştitoare, ceva *de făcut*. Ca meditator cu experienţă, a observat cum se închide în faţa legăturii cu momentul, în încercarea de a face faţă propriei groaze. Observând asta, şi-a îndreptat atenţia către răspunsul ei afectiv, apoi din nou, cu totul, asupra pacientului, recunoscând faţă de sine însăşi neajutorarea intolerabilă pe care o

simţea. Când, în cele din urmă, a vorbit, nu a făcut decât să recunoască faţă de el că amintirile acelor evenimente trebuie şi ele să îşi găsească un loc cumva, pentru simplul fapt că au avut loc. Ulterior, el i-a mulţumit pentru disponibilitatea de a nu-l abandona şi de a rămâne deschisă în faţa unor emoţii atât de dificile.

Mindfulness-ul ne arată că emoţiile, la fel ca toate fenomenele subiective, sunt tranzitorii, ceea ce le face mai puţin înfricoşătoare; după cum ajungem să aflăm direct, noi înşine le putem invita să intre. Receptivitatea aceasta se extinde natural asupra pacienţilor noştri, cărora li se oferă ocazia de a scoate la iveală o parte mai mare din propria experienţă aparent intolerabilă. Receptivitatea de care dăm dovadă în faţa conţinutului emoţional dificil îi asigură pe pacienţi că nu trebuie să se cenzureze pentru a se apăra de terapeut. Emoţiile nu mai sunt la fel de ameninţătoare. O poveste budistă spune că, dacă se adaugă o lingură de sare la un pahar de apă, aceasta va fi greu de băut. Dar dacă aceeaşi lingură de sare se pune într-un iaz limpede, putem bea din el fără probleme, chiar dacă sarea e în continuare prezentă. Practica mindfulness transformă mintea într-un iaz mai mare. Emoţiile

problematice rămân, dar puterea lor de a tulbura este difuză grație minții deschise. Ne transformăm în vase mult mai mari.

Exersarea acceptării

Mindfulness înseamnă acceptare în acțiune; nu este o stare mentală permanentă, ci, mai degrabă, o *atitudine* repetată ori de câte ori ne aducem atenția înapoi la obiectul conștientizării. Revenim cu atenția deplină, fără a ține seama de calitățile plăcute sau neplăcute ale obiectului. Toate sunt primite la fel. În termeni clinici, am putea să o numim *expunere cu mindfulness*, dând deoparte strategiile de evitare comportamentală sau cognitivă pentru a ne pune la adăpost de ce ne sperie (Lovibond, Mitchell, Minard, Brady și Menzies, 2009; vezi și Capitolul 2).

La polul opus, judecarea și autocritica sunt atât de adânc înrădăcinate în mintea omenească, încât ne criticăm până și propria practică mindfulness. După cum știe oricine meditează, meditația poate fi dificilă; la început, poate părea imposibilă. Se întâmplă mult prea des să sporim problemele, fiind atenți într-un singur punct și având o atitudine de autojudecare față de proces.

Pe măsură ce practica mindfulness se maturizează, tendința de a ne critica singuri este redusă de progresele pe mai multe paliere. În primul rând, începi să ai parte de momente, chiar dacă scurte, de atenție stabilă, relativă neîntreruptă. Aceasta e una dintre primele recompense pentru efortul consecvent și te face mai puternic. O a doua schimbare se manifestă atunci când gândurile apar, dar sunt

privite doar ca simple obiecte pe care să le conștientizăm, nefiind nici urmate, nici respinse. Când se întâmplă așa, se poate *să asiști* la autojudecare ca la un alt gând care apare și trece. Judecata începe să își piardă din usturime când e privită în lumina aceasta impersonală; ne identificăm mai puțin cu mesajul. Recunoscând autojudecarea și lăsând-o să treacă, evităm să alimentăm o litanie extinsă a autocriticilor. A te întoarce iar și iar către *tot* ce apare înseamnă a practica autoacceptarea. Și, la fel ca orice repetiție, autoacceptarea devine, cu timpul, mai puternică.

Practica acceptării, alimentată în cadrul meditației, are șanse mari de a fi preluată în viețile noastre profesionale. Terapeuții au ocazii ample de a privi

pendulul judecăţii — autofelicitarea şi autoîndoiala — mişcându-se în timp ce practică psihoterapia. Judecăţile pe care le emitem cu privire la alţii apar direct proporţional cu judecăţile pe care le emitem în legătură cu noi şi invers, când suntem împăcaţi cu noi înşine, scad şansele de a le găsi celorlalţi vreo vină.

Clinicienii sunt învăţaţi cât de important e să manifeste acceptare faţă de pacienţii lor, pentru a cultiva o alianţă terapeutică. Şi totuşi, judecata e pernicioasă; putem avea numeroase prejudecăţi câtă vreme ne flatăm singuri cum că nu am avea. Astfel de perspective neexaminate reduc nivelul de libertate al pacienţilor, când îşi croiesc subtil loc în psihoterapie. Un pacient acordat poate şti cu mult timp înaintea psihoterapeutului că acceptarea aparentă a acestuia nu ţine. Practica

mindfulness este un vehicul de antrenare a acceptării, atât prin exersarea acceptării în sine, cât şi prin recunoaşterea lipsei sale. Putem învăţa să extindem siguranţa acceptării autentice asupra pacienţilor noştri, oferindu-le, uneori, prima lor relaţie cu adevărat sigură.

Empatia şi compasiunea

În ciuda importanţei empatiei în relaţia terapeutică, lipsesc în continuare cercetările cu privire la *antrenarea* empatiei. În literatura psihoterapeutică găsim recomandări de predare a stilurilor de comunicare şi despre cum să ajustăm atitudinea relaţională a terapeutului la nevoile diferiţilor pacienţi (Lambert şi Barley, 2001). Chiar dacă abilităţile acestea pot fi predate, probabil că sunt departe de empatia autentică. Practica mindfulness poate fi de ajutor. În tradiţiile budiste, unele forme de meditaţie sunt create special pentru a cultiva compasiunea, care, în esenţă, este empatie cu o atitudine de bunătate iubitoare şi cu o dorinţă de a uşura suferinţa.

Compasiunea *pentru noi înşine* poate apărea pe măsură ce ne deschidem în faţa propriei suferinţe. Numai că simpla prezenţă a suferinţei nu e de ajuns. Gândiţi-vă cum unii oameni se aspresc din cauza unei pierderi nimicitoare sau a unei

greutăţi. Mindfulness-ul ne oferă o modalitate de a ne schimba relaţia cu suferinţa, renunţând la nevoia de a o respinge. Astfel, mindfulness-ul e un act

de bunătate față de sine. Propria suferință ni se transformă într-o ocazie de a crește, în loc să fie doar o problemă.

Compasiunea *pentru ceilalți* apare grație înțelegerii profunde că nimeni nu e scutit de suferință și că toată lumea își dorește să scape de ea. În plus, conștientizarea clipă-de-clipă din meditație și viața de zi cu zi încep să ne slăbească sentimentul de sine fix, separat. Compasiunea față de ceilalți este o expresie naturală a unei înțelegeri din ce în ce mai profunde a felului în care suntem legați de toate lucrurile în cercuri ale interdependenței în permanentă expansiune.

Calmul și limitele neajutorării

În tradiția mindfulness, *calmul* are o serie de semnificații. Descrie o atitudine de nondiscriminare, de receptivitate deschisă în care orice experiență e bine-venită. De asemenea, poate include recunoașterea faptului că, în ciuda eforturilor noastre și a celei mai sincere dorințe ca altora să le fie bine, există limite reale ale capacității noastre de a ajuta. Prin urmare, chiar dacă practica mindfulness naște empatie și compasiune, dorința noastră de a le fi de folos celorlalți trebuie temperată de

recunoașterea lucidă a faptului că pacienții noștri sunt, în final, responsabili pentru ei înșiși.

În cadrul unei vizite la un centru de tratament rezidențial, am vorbit cu o art-terapeută, care mi-a descris o pacientă foarte dificilă, care cerea ajutor, dar respingea orice i se oferea. Poziția ostilă și denigratoare a pacientei atrăsese interesul întregului personal și totodată îl frustrase. Cu cât se purta mai urât pacienta, cu atât mai hotărât era personalul să găsească o soluție pentru problemele ei.

Epuizată, furioasă și tristă, art-terapeuta a rămas fără idei și fără răbdare. Într-o zi, privind pacienta aflată în celălalt capăt al camerei pentru activități, s-a gândit că nu mai are nimic de oferit și că pacienta va fi nevoită să se descurce singură. Chiar în clipa aceea, pacienta a privit-o și a venit către ea și, pentru prima dată, și-a cerut scuze pentru comportamentul ei deranjant.

Chiar dacă se poate ca lucrurile să nu iasă întotdeauna atât de bine, acceptarea

limitelor neajutorării noastre este o condiţie necesară pentru a ne lăsa pacienţii să îşi asume o mai mare responsabilitate pentru propria dezvoltare şi bunăstare. Dacă subscrii la fantezia că terapia nu are limite, poţi ajunge la deziluzii, furie şi un

tratament prelungit inutil. Deşi compasiunea ne motivează să depunem toate eforturile pentru pacienţii noştri, trebuie să fie contrabalansată de recunoaşterea clară a limitelor absolute şi autentice ale capacităţii noastre de a schimba pe cineva, în afară de noi înşine. Paradoxul acesta al compasiunii şi calmului le este cunoscut terapeuţilor şi este descris foarte bine de T.S. Eliot în *Miercurea cenușii* (2011, p. 211):

Învaţă-ne, Tu, să ne iubim

Învaţă-ne să nu iubim.

Învaţă-ne să împietrim.

Încrederea terapeutului în eficienţa propriilor metode este asociată cu un rezultat pozitiv al tratamentului (Frank, 1961; Wampold, 2001), poate din cauză că e întărit efectul placebo (O'Regan, 1985). Şi totuşi, acest factor al încrederii poate fi exagerat. Se cunosc cazuri de terapeuţi şi pacienţi care examinează la nesfârşit o problemă, pentru a evita adevărul neplăcut că unele condiţii ale vieţilor noastre nu pot fi schimbate. Trebuie să facem distincţia între ce e flexibil şi ce nu e. În cursa către o vindecare nerealistă, se poate pierde ocazia de a examina realitatea mai amplă. Cea mai mare provocare cu care se confruntă psihoterapia este să stea nobilă şi alertă alături de un pacient în focurile suferinţei. Aceste momente

curajoase ar putea fi cele mai cinstite şi transformatoare din cadrul terapiei.

Gerald avea o viaţă excesiv de previzibilă şi plicticoasă. Conform descrierii sale, „e lumina aprinsă, dar nu e nimeni acasă". Tratamentul lui Gerald — una dintre numeroasele limitări ale psihoterapiei — fusese aproape intolerabil pentru ultimul său terapeut, care încercase din greu să descopere o uşă nepăzită sau o fereastră nedeschisă către viaţa interioară a lui Gerald. Terapeutul se simţea cu adevărat neajutorat şi abătut din cauza tratamentului. Disperat fiind, terapeutul a observat, cu voce tare, cum că amândoi păreau să

fie deznădăjduiţi. Gerald s-a luminat. Chiar dacă Gerald nu spera cu adevărat ca altă rundă de terapie cu un alt terapeut să schimbe ceva, pentru prima dată după multe luni nu mai avea sentimentul că e singurul deznădăjduit.

Calmul cultivat de practica mindfulness ne ajută să învăţăm smerenia şi ne permite să încetăm să mai încercăm să reparăm lucrurile, suficient cât să vedem ce *este*. Ipostaza aceasta poate elibera şi terapeutul, şi pacientul de nevoia de „a avea succes", oferindu-i pacientului libertatea de a-şi trăi viaţa aşa cum e sau de a se schimba de la fundamentul ferm al acceptării radicale.

A învăţa să vezi

Una dintre marile bogăţii ale terapeuţilor trecută neobservată este că ei nu sunt pacienţii lor. Oricare ar fi chinurile sau unghiurile moarte ale unui terapeut, e improbabil să fie identice cu acelea ale pacientului. Distanţa aceasta permite o oarecare perspectivă. Perspectiva e sprijinită şi mai mult de pregătire, care expune terapeutul la mai multe puncte de vedere. Deseori, o problemă poate părea de nerezolvat din cauza modului în care o formulează pacientul, însă, prin reformularea iscusită a problemei, un terapeut poate deschide pacientul la noi oportunităţi creative.

Prin intermediul procesului de a privi gândurile cum apar şi trec, în cadrul meditaţiei cu mindfulness, terapeuţii pot dobândi o înţelegere profundă a modurilor în care ne construim lumea şi, deci, ne producem o mare parte a suferinţei. Procesul acesta de *insight* nu este fundamental diferit de insight-ul pe care îl avem asupra condiţionării personale, obţinut prin intermediul psihoterapiei orientate spre insight, însă expune şi mai mult natura ataşamentului de construcţiile mentale însele (Capitolul 2). Reîncadrarea, din această perspectivă, nu înseamnă doar înlocuirea autoînţelegerii familiare a unui pacient cu o alta, ci cuprinde şi observarea felului în care o postură sau poziţie te poate prinde ca într-o capcană.

Când învăţăm să privim gândurile ca pe nişte evenimente fără o realitate deosebită, ajungem să apreciem tendinţa neîncetată a minţii noastre de a construi

scenarii imaginare, pe care le trăim ca şi cum ar fi reale. Pe măsură ce capacitatea aceasta se aprofundează, ne stimulăm în acelaşi timp şi

capacitatea de a vedea cum își construiesc ceilalți lumea. Capacitatea aceasta este descrisă de termenul din limba pali *sampajañña*, tradus adesea prin „cunoaștere clară“ sau „înțelegere clară”. Subiectiv, se resimte pur și simplu ca a vedea mai clar. Pentru terapeuți, claritatea aceasta se manifestă prin transformarea în observatori mai abili ai propriei minți și a celei a pacienților.

A renunța și a o lua de la capăt

Pentru a putea fi prezenți, trebuie să renunțăm. Pentru a fi prezenți în momentul actual, trebuie să renunțăm la ce ne-a ocupat atenția cu doar o clipă înainte. Prin urmare, atunci când exersăm *să fim* cu un pacient, învățăm, simultan, să renunțăm.

Ideea comună despre psihoterapie e că înțelegerea sau insight-ul asupra condiționării anterioare ne va conduce natural viețile într-o direcție pozitivă. Terapeuții cu experiență înțeleg însă că ar putea fi necesar insight-ul, însă că aceasta nu e întotdeauna suficient, pentru o schimbare semnificativă. Schimbarea de durată necesită exersarea continuă a unor comportamente alternative. Obiceiurile

familiare și problemele personale sunt rareori rezolvate brusc; în schimb, ajungem să petrecem din ce în ce mai puțin timp și să fim din ce în ce mai puțin atenți la conservarea unor moduri vechi de a gândi, de a simți și a ne comporta. Putem învăța să renunțăm, deși, subiectiv, poate părea că tiparele sau preocupările sunt cele care renunță *la noi*.

Unul dintre insight-urile meditației cu mindfulness este *caracterul temporar* al experienței — că fiecare moment este nou și apare dintr-o multiplicare infinită a factorilor contributivi. Asta înseamnă că, în principiu, fiecare moment ne invită să lăsăm deoparte obiceiurile inutile de gândire și comportament și *să o luăm de la capăt.* Asta înseamnă renunțarea în acțiune și nu e niciodată prea târziu.

Expunerea nevoilor noastre narcisice

Un aspect dificil al funcționării mentale, relevat de practica mindfulness, este preocuparea noastră neîncetată pentru respectul de sine și imaginea de sine. Dilema aceasta eternă li se aplică și terapeuților. Dorința de a fi un terapeut

eficient este lăudabilă, dar se confundă uşor cu nevoia de a ne vedea într-o lumină pozitivă. Respectul nostru de sine profesional este renegociat permanent, deseori în funcţie de evaluarea pe care o facem celei mai recente şedinţe de terapie. Terapia merge

mai prost atunci când nevoile noastre narcisiste se amestecă cu nevoile pacienţilor noştri.

Chiar dacă nu e uşor să stopezi tendinţa aceasta, un terapeut care practică mindfulness o poate observa şi gestiona înţelept. Mindfulness-ul are potenţialul de a duce examinarea aceasta la un nivel mai profund, expunând eul ca fiind construit şi iluzoriu. Iluminarea aceasta treptată se produce pe măsură ce învăţăm să renunţăm la *toate* construcţiile, inclusiv la perspectivele pozitive şi negative despre *sine* (Goldin şi Gross, 2010).

Practica meditaţiei budiste, mai ales în timpul cursurilor de durată, oferă, în cele din urmă, înţelegerea profundă că nu există un sine de durată, neschimbător sau separat (Olendzki, 2010; vezi şi Capitolul 12). Înţelegerea aceasta e considerată de Hölzel şi colegii săi (2011) o modalitate-cheie prin care meditaţia cu mindfulness ne îmbunătăţeşte vieţile. Chiar şi cei aflaţi la începutul practicării meditaţiei pot vedea cum li se schimbă mereu sentimentul sinelui, ceea ce duce la recunoaşterea lipsei de substanţă a construcţiilor lor mentale. Procesul îi ajută pe meditatori, indiferent de experienţa lor, să se dezidentifice de conţinutul conştiinţei, proces pe care îl numim uneori *decentrare* (Carmody et al., 2009; Sauer şi Bauer, 2010).

Învăţarea îţi permite atât să priveşti sinele ca pe o construcţie, cât şi să

observi cum acea construcţie ne influenţează viaţa zilnică, inclusiv activitatea clinică. E vorba despre un tip de învăţare care ne ajută să nu ne mai stăm singuri în drum. De exemplu, un terapeut cu pregătire analitică poate fi convins de strălucirea şi corectitudinea unei interpretări. Dacă pacientul respinge interpretarea, terapeutul poate insista cu privire la acurateţea acesteia din dorinţa inconştientă de a evita pierderea respectului de sine asociată faptului că nu a avut dreptate.

Încrederea excesivă în înţelegerea noastră poate deveni un obstacol în calea noilor cunoştinţe. După cum nota psihiatrul Thomas Szasz (2004): „Fiecare

act de învăţare conştientă implică disponibilitatea de a suferi o lezare a respectului de sine. Din acest motiv, copiii mici, înainte de a fi conştienţi de propria importanţă, învaţă atât de repede; şi motivul pentru care persoanele mai în vârstă, mai ales dacă sunt vanitoase sau importante, nu pot învăţa deloc“ (p. 40). Slăbirea poziţiei de „cel care ştie” ne deschide în faţa învăţării autentice, iar deschiderea aceasta ne poate face mai creativi şi mai flexibili ca terapeuţi.

Depăşirea fixaţiei asupra teoriei

Problema

Cea mai mare parte a formării tehnice din psihoterapie se concentrează

asupra teoriei, cercetării şi aplicaţiilor clinice. Cunoştinţele acestea reprezintă o caracteristică importantă a profesionalismului şi ne bucurăm natural că le avem. Însă, din păcate, se poate şi să confundăm modelele şi teoriile noastre cu „adevărul", considerând că aceste construcţii teoretice sunt ceva real şi care merită mai multă încredere decât ar trebui.

Modelele de psihopatologie şi de tratament sunt fundamentale pentru a vindeca eficient. De exemplu, tulburarea de personalitate borderline ar fi şi mai greu de tratat fără contribuţiile a numeroşi oameni de ştiinţă şi psihologi clinicieni înzestraţi, care au adus lumină asupra etiologiei biopsihosociale a tulburării şi felului în care aceasta se manifestă în relaţiile interpersonale. Categoriile de diagnostic reduc variabilitatea umană uimitoare pentru a descoperi consecvenţele subiacente. Categoriile clinice le-ar putea fi utile pacienţilor noştri, care au nevoie de o explicaţie pentru tulburarea lor. De exemplu, un bărbat care suferă de ideea delirantă că este urmărit de duşmani nevăzuţi ar putea să nu accepte medicaţia antipsihotică până nu îşi înţelege natura afecţiunii. O femeie care simte că e o ratată, oricât succes ar avea, poate fi recunoscătoare când aude că suferă de depresie clinică.

Modelele noastre teoretice de terapie ne protejează şi de incertitudine şi anxietate în activitatea noastră clinică; chiar şi o hartă inexactă este mai bună decât nicio hartă. În plus, aşa cum am mai discutat, încrederea pe care o avem în

eficienţa metodelor noastre se corelează cu rezultate pozitive în cadrul terapiei — pentru că pacienţii noştri trebuie să simtă că ştim ce facem, ne e de folos să ştim şi noi. Însă ataşarea fără reflecţie de modelele şi categoriile noastre implică şi unele riscuri. Când folosim o etichetă de diagnostic ca pe un fel de prescurtare, aceasta poate ajunge să înlocuiască o evaluare mai nuanţată a întregii persoane. Am putea să încetăm să mai punem întrebări despre lumea pacientului, convinşi că ştim destul. Se transformă într-o mască pentru ignoranţa noastră, dându-se drept cunoaştere şi certitudine. Un exemplu pentru acest pericol este „contratransferul de teorie" (Miller, Duncan şi Hubble, 1997), în cadrul căruia un terapeut îşi impune inconştient predispoziţiile teoretice pacientului. Rezultatul e psihoterapia care se conformează presupunerilor terapeutului şi le confirmă. După cum se spune că observa Abraham Maslow (1996), dacă nu ai decât un ciocan, fiecare problemă ţi se pare a fi un cui.

Când tratamentul nu dă rezultate, am putea să persistăm în atitudinea noastră sau am putea pune eşecul pe seama opoziţiei pacientului.

Adele vine la terapie tulburată de faptul că a fost sărită de la promovare, ceea ce a dus, într-un final, la concedierea ei. E furioasă şi umilită. Terapeutul ei e convins că suferinţa se datorează unui conflict intrapsihic nerezolvat —

cu care o persoană „sănătoasă" nu s-ar confrunta —, precum şi că are nevoie de mai multă terapie pentru a rezolva situaţia.

În cadrul acestui exemplu, terapeutul ar fi putut să-i sugereze lui Adele că furia ei e justificată şi că nu reflectă neapărat probleme personale nerezolvate; e normal să fii supărat în astfel de condiţii. Chiar dacă ar putea exista tipare de neadaptare persistente în istoricul lui Adele, formularea terapeutului, bazată pe literatura tulburărilor, a contribuit necugetat la povara femeii. Pierderea dureroasă a serviciului lui Adele s-a amestecat cu autoînvinovăţire, împachetată în termeni clinici „obiectivi", adăugând insulta la rană.

A învăţa să nu ştii

Cum poate meditaţia cu mindfulness să ne ajute să nu mai ţinem cu dinţii de modele când facem terapie? O abordare este să ne readucem conştientizarea iar şi iar asupra experienţei corporale interne din cabinetul de consultaţie, o

schimbare de atenţie care ne ajută, inevitabil, să ne desprindem de gânduri. Luând parte la *orice* experienţă în momentul prezent, descoperim şi că nu ştim neapărat ce urmează să se întâmple. Renunţăm — chiar dacă pentru scurt timp — la dorinţa noastră de a anticipa şi a controla, refugiindu-ne în „a nu şti".

Atitudinea aceasta de a nu şti nu este străină psihoterapiei. Să ne gândim la avertismentul clasic al psihanalistului W.R. Bion (1967), acela de a scăpa de preconcepţii legate de pacient, de a ne elibera de robia memoriei şi dorinţei şi de a abandona orice dorinţă de vindecare. Din fericire, există unele dovezi preliminare că, într-adevăr, psihoterapeuţii devin mai flexibili şi mai eclectici în orientare pe măsură ce acumulează experienţă profesională (Auerbach şi Johnson, 1977; Schacht, 1991).

Practica mindfulness duce „a nu şti“ dincolo de intenţia intelectuală de „a avea mintea deschisă”. Faptul că le permitem gândurilor să apară şi să treacă ne ajută să vedem clar cum ne identificăm în mod normal cu gândurile noastre — percepem golul dintre vasta diversitate a experienţelor noastre şi *ideile* noastre înguste despre acestea. După cum spunea un bărbat despre experienţa sa din timpul unui curs intensiv de mindfulness: „M-am simţit ca şi cum aş fi sărit din avion fără paraşută, ceea ce m-a îngrozit, până mi-am dat seama că nu există pământ".

A nu şti e valoros, pentru că poate permite terapiei să progreseze neîmpiedicată *şi* pentru că este, în final, adevărat: ştim, de fapt, foarte puţine despre vieţile noastre complexe şi misterioase. Relatarea următoare a unui bărbat în vârstă ilustrează înţelepciunea lui a nu şti:

Am o prietenă, o femeie pe care deja o cunosc de mulţi ani. Într-o zi s-a supărat pe mine — din senin. Am insultat-o, zice ea. Cum? Nu ştiu. De ce nu ştiu? Pentru că nu o cunosc. M-a uimit. E bine. Aşa ar trebui să stea lucrurile. Nu poţi să spui cuiva „Te cunosc“. Oamenii se mişcă. Sunt ca o minge — de cauciuc, saltă. Mingea nu poate sta mult timp pe loc. E cauciucată, trebuie să sară. Aşadar, ce faci ca să împiedici o persoană să sară? La fel cum procedezi şi cu o minge — îi faci o gaură şi se dezumflă. Când îi spui cuiva „te cunosc”, bagi un mic ac. Deci, ce ar trebui să faci? Las-o în pace. Nu încerca să o faci să stea nemişcată, ca să îţi fie ţie bine. Nu o cunoşti niciodată. Lasă oamenii să te surprindă. La fel, ai putea face acelaşi lucru şi cu tine.

Faptul de a avea o imagine fixă, inclusiv o imagine fixă despre pacienţii noştri şi despre noi înşine, duce la suferinţă.

Invitaţia mindfulness de *a nu şti* nu trebuie luată ca o permisiune de a renunţa la formarea clinică şi la educaţia permanentă. Este, mai degrabă, un proces prin care ai încredere că o minte deschisă şi acordată (întărită de pregătire clinică serioasă) va răspunde mult mai bine la solicitările inerente profesiei de terapeut. Recunoaşterea limitelor cunoaşterii noastre ne redă „mintea începătorului" — care face posibilă învăţarea adevărată, în cabinetul de terapie şi în afara lui.

Posibilitatea fericirii

Practicarea mindfulness-ului ne poate face mai fericiţi (Davidson et al., 2003, Siegel, 2007). Când reacţiile noastre emoţionale obişnuite sunt conştientizate cu mindfulness şi devin mai puţin repetitive, în noi începe să apară o bucurie tăcută. Deşi nu am informaţii despre cercetări care corelează propria fericire a terapeutului cu rezultatele tratamentului, eu cred că ajută. Când trimit un potenţial pacient unui coleg, mă gândesc deseori la fericirea generală a terapeutului şi la starea sa de bine. Terapeuţii care au gustat din bucuria calmă îşi învaţă implicit pacienţii că bucuria poate apărea *în ciuda* condiţiilor din vieţile noastre — că putem trăi din plin, chiar aici, chiar acum, în mijlocul provocărilor inevitabile cu care ne confruntăm.

Practica mindfulness-ului poate dezvolta numeroase calităţi benefice ale minţii, doar câteva dintre ele fiind descrise aici. Aceste calităţi mentale influenţează invariabil ce credem, spunem şi facem ca terapeuţi. În următoarele trei capitole, vom discuta modalităţi prin care practicarea mindfulness-ului de către psihologul clinician, precum şi alte practici asociate, cum ar fi antrenarea compasiunii, pot fi stimulate în timpul activităţii psihoterapeutice.

CAPITOLUL 4

Cultivarea atenției și compasiunii

William D. Morgan, Susan T. Morgan, Christopher K. Germer

Fiecare dintre noi alege, efectiv, prin felul în care acordă atenție lucrurilor, în ce tip de univers va trăi.

WILLIAM JAMES (1890)

Capitolul anterior a identificat o serie de calități personale și insight-uri care apar la terapeut prin intermediul formării pentru mindfulness, care ar putea influența pozitiv tratamentul. Capitolul acesta vizează două dintre ele: *atenția* și *compasiunea*. În cadrul formării universitare, psihoterapeuții aspiranți nu sunt, în general, antrenați să își stimuleze capacitatea de atenție și compasiune. Presupunem că, în calitate de terapeuți, avem capacități rezonabile de atenție, evidențiate de anii de școală, și că suntem oameni cu inima bună, a căror compasiune naturală va continua să se amplifice de-a lungul anilor și, să sperăm, nu se va uza și nu va sucomba în fața epuizării. Aceste presupuneri duc la întrebarea: „Oare psihologii clinicieni pot folosi tehnici specifice în cadrul și în afara cabinetului de consultații

pentru a-și *stimula* capacitatea de a fi atenți la pacienții lor și pentru a-și aprofunda compasiunea?"

Atenția

Sigmund Freud a scris că psihanalistul ar trebui să aibă „o atenție liber flotantă“ în timpul orei de terapie, asta însemnând că psihanalistul ar trebui „[să recepteze] totul în mod uniform” și „[să țină] toate influențele departe de capacitatea [sa] de observație“ (1912/2004, p. 104). Recomandarea aceasta este remarcabil de asemănătoare cu monitorizarea deschisă din practica mindfulness. Totuși, Freud nu a oferit nicio metodă de a atinge acest obiectiv evaziv, dincolo de o analiză personală. Aceeași stare mentală receptivă, fără preferințe, susține, cu siguranță, și alte forme de terapie. E greu să îți imaginezi că cineva ar avea de câștigat de pe urma terapiei cu un psihoterapeut clinician preocupat de o anumită idee, absorbit de sine sau care manifestă un interes redus față de pacient. Deseori, îi întrebăm pe terapeuți în timpul atelierelor: „Dacă ai putea alege, ai prefera să fii cu 20% mai atent în timpul orelor de terapie sau ai prefera să ai la dispoziție cu 20% mai multe tehnici?” Cei mai mulți ar alege mai multă atenție.

Mindfulness ca antrenament pentru atenție

Deși antrenarea atenției poate părea o corvoadă, conștientizarea extinsă poate aduce o încântare și o semnificație considerabile. Profesorii de meditație Christiana Feldman și Jack Kornfield (1991) observă: „Doar atenția simplă este cea care ne permite să ascultăm cu adevărat ciripitul păsării, să vedem în profunzime splendoarea unei frunze de toamnă, să atingem inima cuiva și să fim atinși" (p. 83). Evenimente care anterior erau prea puțin importante sau mundane pentru a ne merita atenția pot să prindă viață și să capete o mulțime de detalii. Gândiți-vă la următoarea relatare clinică:

Josh și Karyn spuneau că mariajul lor nu a mai fost niciodată la fel după nașterea primului lor copil. Karyn era de părere că Josh pur și simplu nu își dă seama cât de greu îi e ei să fie mamă, iar Josh era convins că, în esență, Karyn e egoistă — are nevoie de „timp pentru ea“ ori de câte ori el revine acasă după o zi grea la serviciu. Fiind în aceeași încăpere cu acest cuplu, eu (C.K.G.) am putut simți răceala care le înconjoară relația, ca o iarnă din Boston. Chiar și atunci când Karyn a observat că Josh reușea „mai bine” să răspundă nevoilor ei, Josh și-a întors ușor capul dinspre ea și și-a ținut

respiraţia.

Deşi îmi displăceau şedinţele acestea de terapie, mai ales după-amiaza

târziu, am decis să îmi păstrez curiozitatea faţă de sentimentele delicate care ar putea să se afle în spatele resentimentelor acestui cuplu. La un moment dat, când Josh şi-a întors capul dinspre Karyn, am întrebat-o dacă ea a observat. De fapt, niciunul nu observase, iar în scurtul lor moment de surpriză şi nesiguranţă, l-am întrebat pe Josh ce indică limbajul trupului lor. A declarat că folosirea sintagmei „mai bine“ de către Karyn era „un compliment nesincer”. Aşa că l-am întrebat pe Josh ce îşi doreşte *cu adevărat* de la Karyn. Mi-a spus: „Cred că vreau doar să am succes cu Karyn — nu să o dezamăgesc tot timpul. Vreau să fiu un soţ bun". Karyn a fost uimită să audă, pentru că ea crezuse tot timpul că lui Josh nu îi pasă ce crede sau ce simte ea.

În relatarea aceasta, o mişcare corporală aparent nesemnificativă a deschis o discuţie nouă, robustă şi a inversat convingerile adânc înrădăcinate ale cuplului care au debutat la naşterea copilului lor.

În prezent, există dovezi semnificative că meditaţia cu mindfulness ne îmbunătăţeşte capacitatea de a fi atenţi în mod concentrat şi susţinut (Jha et al., 2007; Napoli, Krech şi Holley, 2005; Semple, 2010; Slagter et al., 2007; Tang şi Posner, 2010; Valentine şi Sweet, 1999). Cercetările neurologice indică şi ele că meditaţia cu mindfulness ne ajută să practicăm o gândire mai puţin

autoreferenţială, mai ales când ne confruntăm cu tulburări emoţionale (Farb et al., 2007, 2010), iar meditaţia ne poate ajuta să ne revenim mai repede când suntem distraşi (May et al., 211; Moore şi Malinowski, 2009; Reis, 2007).

Conform celor descrise în Capitolul 1, învăţăm, în general, trei abilităţi sub umbrela „meditaţiei cu mindfulness": (1) *atenţia concentrată* sau concentrarea, (2) *monitorizarea deschisă* sau mindfulness per se şi (3) *bunătatea iubitoare şi compasiunea* (Salzberg, 2011). Meditatorii cu experienţă împletesc aceste trei practici pentru a-şi spori experienţa mindfulness. Atenţia concentrată, cum ar fi readucerea conştientizării iar şi iar asupra respiraţiei sau tălpilor picioarelor, calmează mintea. Monitorizarea deschisă — a observa orice apare în câmpul percepţiei — antrenează mintea

să primească suișurile și coborâșurile vieții cu calm și insight. Aceste două abilități sunt vehiculele primare prin care terapeuții clinicieni își cultivă capacitatea de atenție susținută. A treia abilitate, bunătatea iubitoare și compasiunea, oferă confort și alinare care, la rândul lor, deschid conștientizarea. (Compasiunea este analizată ulterior în cadrul acestui capitol.)

Și atenția concentrată, și monitorizarea deschisă pot fi exersate acasă sau în timpul psihoterapiei. Când ne simțim tulburați în timpul unei ședințe de terapie, o strategie simplă de a ne calma e să respirăm conștient sau să observăm pasiv corpul cum respiră singur. Acesta e un exercițiu de atenție concentrată. Durerea

emoțională a pacienților noștri poate fi, de asemenea, un obiect de concentrare în cadrul orei de terapie. Când ne simțim pierduți sau confuzi în timpul terapiei, ne-ar putea fi de folos să ne întrebăm: „Unde e durerea pacientului?" Menținerea concentrării acesteia i-a permis terapeutului din exemplul de mai sus să exploreze semnificația ascunsă a reacției lui Josh la comentariul lui Karyn.

Indicația de meditație pentru monitorizarea deschisă este: „Fii atent la ce e mai frapant și viu în câmpul conștientizării tale". Pentru a putea face asta la terapie, lasă-ți privirea să se înmoaie — extinde-ți câmpul vizual în jurul feței pacientului — și fii deschis pentru a observa ce simți la momentul respectiv. Ce observi la pacient sau simți în corpul tău? Ce emoții sunt prezente? La ce te gândești? Monitorizarea deschisă a unor stimuli *externi* este cea care i-a permis terapeutului din relatare să recunoască înclinarea subtilă din cap a lui Josh. Monitorizarea experienței *interne* l-a expus pe terapeut la disconfortul său din cabinetul de terapie care, la rândul său, l-a ajutat să se concentreze din nou asupra sarcinii de a-i ajuta pe membrii cuplului acestuia să se înțeleagă mai bine unul pe celălalt.

Atenția concentrată e ca farul unei ambarcațiuni, luminând doar ce e în raza sa de acțiune. Monitorizarea deschisă ne permite să fim atenți la scoicile care se prind de carenă. În cazul terapiei, scoicile sunt problemele lipicioase care ne deturnează atenția și ne distrag de la efortul terapeutic.

Meditația cu mindfulness creează, de asemenea, schimbări psihologice

profunde, care promovează atenţia susţinută. Cunoscută iniţial sub numele de *meditaţie a insight-ului*, practica mindfulness ne permite să observăm cum funcţionează mintea. Cu timpul, apar trei insight-uri foarte importante:

1. Suferinţa apare în mintea tuturor.

2. Gândurile, sentimentele şi senzaţiile noastre sunt toate tranzitorii.

3. Sentimentul sinelui este şi el în mişcare (vezi Capitolul 14)

Fiecare dintre aceste insight-uri devine o zonă-tampon între un stimul şi reactivitatea noastră obişnuită. Când înţelegem că suferinţa e universală — că *toate* fiinţele suferă — scad şansele ca ea să ne copleşească. Atunci când înţelegem că gândurile şi sentimentele noastre sunt toate fenomene trecătoare, putem să renunţăm cu mai mare uşurinţă la ele şi să ne concentrăm asupra sarcinilor pe care le avem de făcut. Şi, în final, când nu ne petrecem toată viaţa promovând şi apărând un anumit sentiment al sinelui (de exemplu, „Sunt deştept“, „Sunt drăguţă”), ne rumegăm mai puţin gândurile şi suntem mai puţin absorbiţi de noi înşine. Astfel de insight-uri nu sunt doar concepte intelectuale, ci şi transformări psihologice care ne susţin capacitatea de a fi atenţi în cabinetul de terapie.

Prezenţa optimă: cei şapte factori ai trezirii

Mindfulness-ul în contextul psihologiei budiste antice este doar una dintre cele şapte calităţi interdependente ale minţii (*factori ai trezirii*) care facilitează un nivel superior al conştientizării. Poziţia privilegiată a mindfulness-ului nu este accidentală — ceilalţi şase factori se nasc din mindfulness şi reprezintă împreună expresia completă a mindfulness-ului în vieţile noastre. O fundaţie solidă în mindfulness ne oferă o poziţie privilegiată din care să ne dăm seama dacă şi ceilalţi şase factori sunt sau nu activi.

Din păcate, de-a lungul unei zile obişnuite, atenţia e, în cel mai bun caz, parţială, adesea împrăştiată, vagă sau lipsită de entuziasm, cum ar fi visatul cu ochii deschişi când şofezi de-a lungul unei autostrăzi familiare. Atenţia sporeşte când ne mutăm pe banda de depăşire a autostrăzii, de exemplu, sau când tăiem o roşie şi cuţitul se apropie de degete. Momentele „de criză" din terapie ne galvanizează şi ele atenţia. O oarecare doză de atenţie la experienţa

din momentul prezent ne este necesară pentru a funcționa în viața de zi cu zi, dar măsura caracteristică nu prea poate fi considerată mindfulness.

Cum putem fi optim prezenți în cadrul psihoterapiei? Ce au momentele care ne captează atenția, cum ar fi acelea în care suntem alături de o pacientă care

tocmai și-a pierdut partenerul de o viață, și nu au momentele în care suntem mai puțin atenți? Includ cei șapte factori ai trezirii: (1) mindfulness, (2) investigația, (3) energia, (4) bucuria, (5) liniștea, (6) concentrarea și (7) calmul (vezi Anexa). Acești factori sunt ca șapte acrobați care formează o coloană, fiecare sprijinindu-se pe umerii altuia. (Acrobatul de jos este mindfulness-ul.) Fiecare trebuie să își îndeplinească rolul, altfel cad. Prezența optimă în terapie are loc atunci când toți factorii sunt activi în același timp și în echilibru unii cu ceilalți.

Mindfulness

Mindfulness, subiectul acestei cărți, se poate defini ca „a ști ce trăiești *în timp ce* trăiești" (G. Armstrong, prelegere, 9 ianuarie 2008) sau să știi *că* trăiești ce trăiești — inclusiv conștientizarea preconceptuală a fluctuațiilor din câmpul conștientizării. Capacitatea pentru mindfulness face un pic de loc pentru a reflecta la gândurile și sentimentele noastre și ne permite să facem alegeri abile, terapeutice.

Investigația

Investigația ne păstrează gândurile concentrate adecvat asupra obiectului aflat la îndemână. Atenția noastră e ca lumina unui reflector. De exemplu, când stă cu

un pacient, investigația va ține mintea psihoterapeutului angajată activ în încercarea de a înțelege mai bine pacientul: „Unde e durerea pacientului?“, „De ce crede pacientul asta?”, „Ce vrea să spună cu asta?" Investigația sau curiozitatea îmbogățește terapia, căutând permanent niveluri mai profunde ale înțelegerii.

Energia

Prea multă agitație sau anxietate afectează prezența optimă, la fel cum se

întâmplă cu lenea sau indiferența. Niciuna dintre aceste stări nu duce la reacții terapeutice eficiente. Faptul acesta e ilustrat de bine-cunoscutul grafic în formă de clopot al răspunsului la stres, al lui Hans Selye (1956), care indică o creștere a performanței până la un anumit nivel al excitației, după care scade pe măsură ce excitația crește. Cofeina poate acutiza atenția până la un punct, după care creează agitație. Pentru o prezență optimă în cadrul terapiei, avem nevoie de energie calmă; să fim alerți, dar relaxați, nici neliniștiți și nici amețiți. Energia echilibrată este la vârful graficului în formă de clopot.

Bucuria

Bucuria este încântarea animată pentru ce se întâmplă în momentul respectiv,

ca și cum nu ar exista un alt loc în care am prefera să ne aflăm. Prin intermediul bucuriei, vedem câmpul prezent al experienței ca pe o abundență de bogății. În terapie, bucuria se manifestă sub forma interesului și a căldurii. Interesul autentic nu poate fi mimat; e evident și pentru pacient, și pentru terapeut.

Liniștea

Liniștea e ceea ce simțim când avem puține conflicte sau tulburări în minte. E serenitate bazată nu doar pe absența gândurilor și a sentimentelor, ci și pe acceptarea a tot ce apare. Liniștea cuprinde o stare de alertă și bucurie. Terapeuții au nevoie de liniște pentru a acționa înțelept și a evita greșelile pe care le facem când câmpul nostru de percepție este îngustat de suferință.

Concentrarea

Concentrarea este calitatea susținută de a nu te lăsa distras, cultivată prin readucerea voluntară și repetată a atenției asupra unui singur obiect în momentul prezent, cum ar fi starea interioară a pacientului. Concentrarea oferă stabilitate minții pentru a trata cu mindfulness — pentru a observa, de exemplu, când suntem nervoși, îngrijorați sau distrași, precum și pentru a observa prezența sau absența

celor șapte factori ai trezirii. În terapie, concentrarea ne permite și să nu ne lăsăm distrași de preocupări din afara ședinței.

Calmul

Calmul este termenul *liber* din „atenția liber flotantă" despre care vorbea Freud. E cârma atenției care ne menține conștientizarea omogenă și stabilă când mintea atrage diferite elemente ale experienței noastre. Chestiunea e una subtilă, dat fiind că mintea se îndreaptă mereu către ce e plăcut sau interesant și se îndepărtează de sau ține la distanță ce e mai puțin atrăgător. Calmul încurajează o postură de apropiere egală față de fiecare moment din întâlnirea terapeutică.

Când prezența completă e greu de atins, ne poate fi de folos să facem un inventar al celor șapte factori. Dacă descoperi un factor care necesită întărire, gândește-te ce opțiuni ai la dispoziție. Întreabă-te: „De ce am nevoie pentru a fi mai atent la pacientul meu?" De exemplu, energia nervoasă ar putea însemna că ai nevoie de niște exerciții fizice; pierderea calmului ar putea indica necesitatea unui sprijin clinic sau a supervizării; lipsa interesului sugerează că motivația pacientului pentru a veni la terapie nu e clară pentru tine și așa mai departe. Poate fi util chiar și să ai o listă a factorilor trezirii la îndemână, pentru a-ți aminti să fii prezent în

mod optim.

Cultivarea atenției

William James (1890/2007) scria: „Facultatea de a aduce înapoi în mod voluntar o atenție care s-a abătut, iar și iar, este însăși rădăcina judecății, caracterului și voinței" (p. 424). Reglarea atenției este o abilitate-cheie și pentru un psihoterapeut eficient, care, observând că e cu mintea în altă parte și știind unde s-a dus cu mintea, o readuce la sarcina pe care o are de efectuat. Cele trei tipuri (sau abilități) de meditație cu mindfulness — atenția concentrată, monitorizarea deschisă și bunătatea iubitoare / compasiunea — pot fi exersate fie în timpul perioadelor de exercițiu formal, fie de-a lungul zilei de lucru, ca intermezzo între pacienți. În cadrul practicii formale, e bine să îți lași un interval de timp și un loc unde e improbabil să fii întrerupt sau distras cât timp vrei să exersezi. Un ceas cu alarmă delicată îți va permite să te scufunzi în practică fără să ai grija timpului. La început, perioadele de meditație nu ar trebui să fie atât de lungi încât să devină plictisitoare, 10 sau 20 de minute sunt suficiente. Când exersezi în cabinet, între ședințele cu

pacienţii, 3–5 minute sunt de-ajuns. Mai jos sunt exemple de meditaţii cu mindfulness care îți antrenează tocmai capacitatea de atenție concentrată (concentrarea)

și monitorizarea deschisă (mindfulness per se) (vezi și Capitolul 1).

MEDITAȚIE PENTRU CONCENTRARE

• Găsește-ți o poziție confortabilă. Închide ochii. Lasă-ți trupul să fie ținut, susținut de scaun. Observă direct senzația corpului tău în contact cu scaunul.

• Respiră lent și adânc de două–trei ori, relaxându-te când expiri. La fiecare expirație, imaginează-ți cum corpul devine mai greu și se relaxează mai mult.

• Lasă respirația să-și găsească ritmul natural, ușor. Bucură-te de simplitatea relaxată a faptului de a sta și a respira.

• Unde resimți cel mai bine curgerea senzațiilor respirației — în vârful nasului, în gât, în piept, la diafragmă? Lasă-ți atenția să se oprească ușor acolo, ca o pasăre pe o creangă sau ca un dop care se leagănă pe suprafața oceanului.

• Ori de câte ori atenția rătăcește, iar tu observi că rătăcește, restabilește mai întâi respirația relaxată, apoi readu-ți atenția la senzațiile de curgere a respirației, acolo unde sunt mai puternice.

• Permite-ți să mai respiri de câteva ori înainte de a deschide lent ochii.

MEDITAȚIE CU MINDFULNESS

• Găsește-ți o poziție confortabilă. Închide ochii. Lasă-ți trupul să fie ținut, susținut de scaun. Observă direct senzația corpului tău în contact cu scaunul.

• Respiră lent și adânc de două–trei ori, relaxându-te când expiri. La fiecare expirație, imaginează-ți cum corpul devine mai greu și se relaxează mai mult.

• Lasă respirația să-și găsească ritmul natural, ușor. Bucură-te de simplitatea relaxată a faptului de a sta și a respira.

• Păstrându-şi mintea deschisă şi largă, lasă orice ar apărea în câmpul experienţei tale — imagini vizuale, sunete, senzaţii fizice, sentimente, formarea gândurilor — să vină şi să treacă, mişcându-se liber.

• Încearcă să păstrezi o poziţie receptivă, fără preferinţe, faţă de orice ar apărea, ca şi cum ai pluti delicat într-un flux al experienţei în permanentă schimbare.

• Când observi că te-ai lăsat distras, revino mai întâi la simplitatea lui a sta şi

a respira; apoi deschide din nou câmpul conştientizării.

• Mai respiră de câteva ori înainte de a deschide lent ochii.

Poţi experimenta cu strategiile acestea de reglare a atenţiei. Cel mai bine e să nu priveşti meditaţia ca pe o corvoadă sau ca pe o metodă de a atinge un scop. Mai bine să fie un demers bogat psihologic — şansa rară de a şti cum e să fii pe deplin viu într-un corp omenesc, aici şi acum. Meditaţia îţi va aduce experienţe plăcute, neplăcute şi neutre. Vezi dacă poţi observa, pur şi simplu, ce apare, într-un mod iubitor.

Compasiunea

Antrenarea minții în tradiția psihologiei budiste are două obiective principale: (1) reglarea atenției pentru a cultiva înțelepciunea și (2) reglarea emoției pentru a crea o inimă plină de compasiune (Dalai Lama, 2005). La momentul scrierii acestui material, tratamentele bazate pe mindfulness și acceptare par a pune accentul pe rafinarea atenției mai mult decât pe transformarea emoțiilor. A învăța să fim conectați la gândurile, sentimentele și senzațiile noastre printr-o conștientizare amplă este vehiculul cel mai important pentru reglarea emoției în câmpul terapiei bazate pe mindfulness, în curs de constituire.

Există însă tehnici suplimentare, cum ar fi meditația prin bunătatea iubitoare (în Pali: *metta*) și prin a da și a lua (în tibetană: *tonglen*), care cultivă intenționat stări mentale benefice ca pe un antidot la emoții dificile ca furia și ura. Pe lângă observarea tuturor fenomenelor mentale cu o conștientizare deschisă, putem activa deliberat bunăvoința față de noi și față de alții în mijlocul acestor emoții. Unii practicanți de mindfulness ar putea avea sentimentul că abordările acestea sunt opuse reciproc, dar e important să ținem minte că scopul mindfulness este să ușureze suferința, nu conștientizarea aleatorie de dragul ei. Diferite strategii contemplative, unele mai planificate decât altele, sunt utile în funcție de condițiile din viața noastră sau de temperamentul nostru. În cadrul psihologiei budiste, meditațiile care cultivă intenționat bunăvoința și emoțiile pozitive au la bază cele patru *brahma viharas* (în Pali), traduse în mare prin calități nelimitate ale inimii — bunătatea iubitoare, compasiunea, bucuria empatică și calmul (vezi Anexa). Aici ne concentrăm în mod deosebit asupra antrenării compasiunii, deoarece ea se confruntă cu suferința emoțională, acest sine qua non al psihoterapiei.

Semnificația compasiunii

Conceptul de compasiune este relativ nou intrat în domeniul psihoterapiei,

dar a fost prezent dintotdeauna sub umbrela empatiei. Interesul pentru compasiune pare a urma îndeaproape mindfulness-ul, pe măsură ce se adâncește și se amplifică experiența noastră colectivă cu meditația cu mindfulness (Germer și Siegel, 2012). De exemplu, meditatorii dedicați mindfulness-ului descoperă, inevitabil, că suferința atinge toate ființele

umane în cea mai mare parte a timpului; că gândurile, sentimentele şi convingerile sunt tranzitorii, ca bulele de aer dintr-un pârâu, şi că până şi sentimentul nostru central al sinelui este supus schimbării şi nu este separat de restul lumii. Aceste insight-uri pregătesc terenul pentru o apreciere a afinităţii noastre cu toate fiinţele, din care se naşte compasiunea.

Empatia

Empatia este „[ca terapeutul] să înţeleagă corect, empatic lumea [pacientului], aşa cum este văzută ea din interior. A percepe lumea personală a [pacientului] ca şi cum ar fi a ta, dar fără să pierzi vreo clipă calitatea de „ca şi cum" — aceasta este empatia (Rogers, 2008, p. 390). Pionierul psihologiei Sinelui, Heinz Kohut, a extins definiţia şi rolul înţelegerii empatice. El o considera un instrument observaţional, o legătură, un factor curativ şi o necesitate pentru sănătatea psihologică (Lee şi Martin, 1991). Empatia presupune un anumit tip de atenţie. Rollo May

(1967) observa că empatia necesită „să înveţi să te relaxezi, mental şi spiritual, precum şi fizic, să înveţi să te laşi să mergi în persoana cealaltă cu disponibilitatea de a fi schimbat în acest proces“ (p. 97). Empatia este considerată un factor comun al psihoterapiei, care „este în aceeaşi măsură responsabil de variaţia rezultatului ca şi intervenţia specifică, probabil chiar mai mult” (Bohart et al., 2002, p. 96; vezi şi Norcross, 2001, şi Capitolul 3), cu numeroase implicaţii pentru tratament (Elliot et al., 2011; Neumann et al., 2011).

Compasiunea

Cuvântul *compasiune* derivă din rădăcinile latine *pati* (a suferi) şi *com* (alături de) şi înseamnă *să suferi* alături de altă persoană. Compasiunea este experienţa comună *a suferinţei* în special, nu rezonanţa empatică în raport cu toate stările emoţionale. O altă componentă importantă a compasiunii este altruismul sau motivaţia de a-i ajuta pe alţii, care este adesea sugerată când folosim în psihoterapie termenul de *empatie*. Dalai Lama defineşte compasiunea ca pe „dorinţa ca toate fiinţele simţitoare să fie lipsite de suferinţă" (2003, p. 67). O definiţie prescurtată pentru compasiune este *experienţa de a suferi cu dorinţa de a o uşura* (Siegel şi Germer, 2012, p. 12). Compasiunea este diferită de milă, care presupune poziţii

inegale între cel care dă şi cel care primeşte bunătate şi nu este acelaşi lucru cu bunătatea iubitoare, pe care Dalai Lama o defineşte ca pe „o stare a minţii care aspiră ca toate fiinţele simţitoare să se bucure de fericire" (2003, p. 67). Se poate spune că, atunci când bunătatea iubitoare se întâlneşte cu suferinţa (şi rămâne iubitoare!), devine compasiune. Empatia este necesară pentru compasiune.

Autocompasiunea

Compasiunea poate fi direcţionată şi către sine, ca reacţie la propria suferinţă (Germer, 2009; Neff, 2011). Cum reacţionăm, de obicei, când suferim, dăm greş sau ne simţim nelalocul nostru? Probabil ne criticăm pentru neajunsuri, ne izolăm din cauza ruşinii şi ne blocăm în cap, întrebându-ne: „De ce eu?“ Adăugăm insultele rănilor. Un răspuns alternativ este autocompasiunea, care constă în (1) bunătate faţă de propria persoană, (2) un sentiment al umanităţii împărtăşite („Sunt om şi eu”) şi (3) mindfulness (Neff, 2003). Un corp de cercetări din ce în ce mai mare a indicat faptul că autocompasiunea se asociază pozitiv cu bunăstarea emoţională şi este asociată cu niveluri reduse ale anxietăţii şi depresiei, în mod consecvent (Neff, 2012; Neff, Kirkpatrick şi Rude, 2007).

Compasiunea este atitudinea mindfulness — bunăvoinţă în faţa suferinţei.

Când mindfulness este în plină desfăşurare în timpul terapiei, pare compasiune. Totuşi, când suntem copleşiţi de emoţii intense sau deranjante, devenim critici cu noi înşine („Sunt defect“, „Nu mă poate iubi nimeni”), şi starea noastră de mindfulness devine cumva limitată. Aceasta e situaţia în care vin mulţi pacienţi la terapie. Nu doar că *se simt* rău cu totul; ei cred că sunt *răi*. Trebuie să fie salvaţi de ruşine, de autocritică şi îndoială de sine.

Practicile mindfulness se concentrează, în general, asupra *experienţei* clipă-de-clipă. Şi totuşi, uneori, trebuie să calmăm şi să liniştim *experienţa* înainte de a ne putea ocupa cu mindfulness de alte elemente ale vieţii noastre. Avem nevoie de *acceptare de sine*. În esenţă, mindfulness spune: „Simte durerea cu o conştientizare largă şi se va schimba". Mindfulness întreabă: „Ce *ştii*?", iar autocompasiunea întreabă: „De ce *ai nevoie*?" Ambele abordări ajută la gestionarea spectrului de provocări emoţionale cărora le facem faţă alături de pacienţii noştri.

Cele mai multe eforturi de a integra pregătirea pentru compasiune în psihoterapie se concentrează asupra autocompasiunii. Cercetările sugerează că autocompasiunea este un mecanism subteran important al schimbării în psihoterapie (Baer, 2010; Barnard şi Curry, 2011; Birne, Speca şi Carlson, 2010; Hofmann et al., 2011; Hollis-Walker şi Colosimo, 2011; Kuyken et al., 2010; Patsiopoulos şi Buchanan, 2011; Raque-Bogdan, Ericson, Jackson, Martin şi Bryan, 2011; Raes, 2010,

2011; Schanche, Stiles, McCollough, Swartberg şi Nielsen, 2011; Shapira şi Mongrain, 2010; Van Dam, Sheppard, Forsyth şi Earleywine, 2011).

Paul Gilbert şi colegii săi au dezvoltat o abordare a psihoterapiei orientată spre compasiune, unică, susţinută empiric, numită terapie focalizată pe compasiune (*CFT*; Gilbert, 2005, 2009a, 2010a, 2010b, 2010c). Programul acesta pune accentul pe autocompasiune şi a fost aplicat pentru o gamă largă de tulburări (Cree, 2010; Gilbert, 2010b; Gilbert şi Proctor, 2006; Goss şi Allen, 2010; Gumley, Braehler, Laithwaite, MacBeth şi Gilbert, 2010; Kolts, 2011; Lowens, 2010; Pauley şi McPhearson, 2010; Tirch, 2011). CFT recunoaşte că schimbarea *conţinutului* dialogului nostru intern este adesea insuficientă pentru a schimba felul în care ne simţim. Uneori, avem nevoie de o abordare complet nouă — trebuie să „încălzim conversaţia" (P. Gilbert, comunicare personală, 20 iunie 2010). Antrenarea compasiunii poate acţiona prin activarea şi transformarea tiparelor de ataşament vechi, stocate în creierul mijlociu, care sunt în spatele unei părţi mari a activităţii noastre conştiente, neocorticale (Hart, 2010; Immordino-Yang, McColl, Damasio şi Damasio, 2009; Wilkinson, 2010).

Exersarea compasiunii pentru *ceilalţi* este de asemenea benefică pentru sănătatea mentală (Cosley, McCoy, Saslow şi Epel, 2010; Crocker şi Canevello, 2008; Dunn, Aknin şi Norton, 2008, Mongrain, Chin şi Shapira, 2010). E interesant însă

că a le oferi sprijin altora ne poate creşte autocompasiunea (Breines şi Chen, 2012). Totuşi, *autocompasiunea* este considerată, în general, fundamentul pentru compasiunea faţă de ceilalţi. După cum spunea Dalai Lama (2000/2010):

Pentru ca cineva să poată dezvolta o compasiune autentică faţă de ceilalţi, e

necesar să aibă mai întâi o bază pe care să cultive compasiunea, iar baza aceea e abilitatea de a se conecta la propriile sentimente şi de a avea grijă de propria bunăstare… Pentru a-ţi păsa de alţii trebuie să îţi pese de tine.

Afirmaţia aceasta are sens pentru că nu putem îmbrăţişa complet un alt individ imperfect când ne respingem pe noi înşine pentru aceleaşi imperfecţiuni.

Puterea compasiunii

Compasiunea e o abilitate care poate fi învăţată, la fel ca mindfulness. Richard Davidson şi colegii săi (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard şi Davidson, 2004) au descoperit că meditatorii cu foarte multă experienţă în compasiune (în medie, 32000 de ore de meditaţie) au indicat o activitate a undelor gamma (semnificând conştientizarea conştientă de sine) de 60 de ori mai puternică decât la subiecţii de control. Aceste schimbări se corelau pozitiv cu numărul de ore de practicare a

meditaţiei. Imagistica prin rezonanţă magnetică funcţională (*f*RMI) a demonstrat schimbări semnificative la nivelul insulei (interacţiunea emoţii sociale şi minte), amigdalei (răspunsul la suferinţă) şi joncţiunii temporo-parietale drepte (crearea de perspectivă) în timpul meditaţiei pentru compasiune (Lutz, Brefczynski-Lewis et al., 2008). Şi perioade mai scurte de practică, de doar două săptămâni, au indicat schimbări la nivelul insulei care, interesant, sunt corelate cu dăruirea caritabilă (Davidson, 2012).

O serie de programe structurate, susţinute empiric, au fost create pentru a aprofunda compasiunea, cum ar fi programul de formare pentru cultivarea compasiunii (FCC; Jinpa et al., 2009), formarea cognitivă pentru compasiune (CBCT; Dodson-Lavelle, 2011) şi formarea pentru autocompasiune conştientă (*mindful*) (MSC; Neff şi Germer, 2013). Programele de pregătire pentru mindfulness, cum este RSBM, au indicat şi ele o creştere a autocompasiunii în corelaţie cu mindfulness (Birnie et al., 2010; Krüger, 2010; Shapiro et al., 2005, 2007).

Eforturile deliberate de a include abilităţile compasiunii şi empatiei în formarea clinică sunt încă relativ rare (Christopher, Chrisman et al. 20011; Christopher şi Maris, 2010; Greason şi Cashwell, 2009; Richards; Campenni

şi Muse-Burke, 2010; Shapiro et al., 2007), în ciuda importanţei dovedite a empatiei în psihoterapie (Norcross, 2001; Shapiro şi Izett, 2007; vezi şi Capitolul 3). Are sens

ca orice metodă care dezvoltă capacitatea de empatie şi compasiune a terapeutului să contribuie la o relaţie de tratament pozitivă — şi deci la rezultate mai bune ale tratamentului.

Uzarea compasiunii

Unii clinicieni au un sentiment de disconfort legat de pregătirea pentru compasiune, poate din cauză că au senzaţia că dau deja dovadă de prea multă compasiune şi sunt aproape de *uzarea compasiunii* (Figley, 2002). Literatura care tratează uzarea compasiunii recomandă terapeutului epuizat să se distanţeze de pacient prin trasarea unor limite profesionale clare, să petreacă mai mult timp cu prietenii, să delege responsabilitatea altora sau să apeleze la supervizare. Acestea sunt strategii importante prin care să avem singuri grijă de noi, dar fără conştientizarea cu mindfulness şi autocompasiune s-ar putea ca ele să nu îi dea psihoterapeutului clinician puterea necesară pentru a găsi satisfacţie emoţională câtă vreme se conectează cu pacienţii în situaţii stresante. Michael Kearney şi colegii săi (2009) observă că „medicii care suferă de epuizare care folosesc autoîngrijirea fără autoconştientizare ar putea avea sentimentul că se îneacă şi că abia pot ieşi la suprafaţă să ia o gură de aer, în vreme ce autoîngrijirea cu autoconştientizare e ca şi

când ai învăţa să respiri sub apă" (p. 1160).

Clinicienii se pot întreba, de asemenea: „Oare compasiunea, care e o stare mentală ce îmbrăţişează suferinţa, chiar poate să fie un lucru bun pentru sănătatea mentală?" Probabil că temerea aceasta va apărea când amestecăm conceptele de compasiune şi empatie. De fapt, probabil că *uzarea compasiunii* ar trebui redenumită *uzarea empatiei* (Klimecki şi Singer, 2011; Ricard, 2010). A simţi suferinţa altora ca pe propria suferinţă este, într-adevăr, un lucru epuizant, dar compasiunea are elemente adăugate — tandreţe, înrudire, bunăvoinţă şi căldură. Experienţa compasiunii conţine mai multă bunătate iubitoare decât luptă. Când ne îndreptăm atenţia asupra ei, compasiunea este ca o expiraţie cu mindfulness, o renunţare conştientă, cu sentimentul aferent de eliberare.

Cu toate acestea, clinicienii sunt vulnerabili în faţa uzării compasiunii, mai ales cei care sunt foarte motivaţi (Craig şi Sprang, 2010; Sprang şi Clark, 2007). Creierele noastre sunt concepute în aşa fel încât să simţim durerea celorlalţi în corpurile noastre ca şi cum ne-ar aparţine (Decety şi Cacioppo, 2011; Morrison, Lloyd, DiPellegrino şi Roberts, 2008). Uzarea compasiunii este parte a fiinţei umane, nu un semn de slăbiciune. Mai jos sunt prezentate două exerciţii care pot contribui la uşurarea suferinţei indirecte: unul pentru autocompasiune, celălalt pentru cultivarea calmului care vine odată cu înţelepciunea. Primul pas către

depășirea uzării compasiunii este *să recunoaștem* când suntem supuși stresului. Poate că îți faci griji din cauza unui pacient? Acesta „ocupă loc în capul tău fără să îţi achite chirie"? Dacă așa stau lucrurile, încearcă unul dintre următoarele exerciții[6]:

MÂNA PE INIMĂ

• Pune-ţi ambele mâini peste inimă.

• Simte căldura mâinilor. Bucură-te de senzaţia de căldură.

• Observă presiunea delicată a mâinilor pe piept.

• Acum simte-ţi pieptul înălţându-se şi coborând sub mâinile tale când respiri.

• Simte cadenţa ritmică, liniştitoare a respiraţiei vreme de câteva minute.

PROPOZIȚII CALME

Repetă-ţi lent şi încet următoarele propoziţii:

Fiecare își are propria călătorie a vieții.

Eu nu sunt cauza suferinţei pacienţilor mei şi nici nu depinde doar de mine să le-o uşurez.

Chiar dacă astfel de momente sunt greu de îndurat, pot să încerc să ajut.

Când ne dăm mai bine seama că se instalează uzarea compasiunii, am putea

observa cum respiraţia ne devine mai sacadată şi mai superficială când ne confruntăm cu stresul. Încetinirea şi adâncirea respiraţiei sunt alte acte de autocompasiune care ne pot ajuta să restabilim o curgere mai echilibrată a căldurii în cadrul şedinţei.

Compasiunea este înnăscută?

Compasiunea este o capacitate care le-a permis oamenilor să supravieţuiască şi să prospere. Charles Darwin însuşi considera „mila" cel mai puternic instinct al nostru (Darwin, 1871/2010; Ekman, 2010). Cooperarea între membrii unui trib cresc şansele ca odraslele să ajungă la vârsta reproducerii, îmbunătăţeşte şansele de supravieţuire a tribului în faţa unei ameninţări externe şi este un factor esenţial pentru alegerea unui partener (Keltner, 2009; Keltner, Marsh şi Smith, 2010; Sussman şi Cloninger, 2011). O parte semnificativă a creierelor noastre, inclusiv neuronii-oglindă şi cea mai mare parte a creierului mijlociu, este dedicată funcţionării sociale (Cozolino, 2010; Hein şi Singer, 2008; Kim et al, 2011; Siegel, 2007; Singer şi Decety, 2011). Sistemul nervos are şi el un subsistem încorporat, bazat pe

oxitocină şi endorfine, care echilibrează subsistemele ameninţării şi competiţiei (Carter, 1998, Depue şi Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009). Prin urmare, atunci când ne cultivăm compasiunea, nu facem decât să ne întărim tendinţele de îngrijire care deja există (Bell, 2001).

Cultivarea compasiunii

Compasiunea poate fi introdusă în terapie prin predarea anumitor practici pacienţilor noştri (Germer, 2009; Gilbert, 2009b; Neff, 2011) sau prin psihologul clinician care întrupează compasiunea şi rezonează afectiv cu un pacient (D. Siegel, 2010a, 2010b). Totuşi, dat fiind că suntem cu toţii fiinţe umane condiţionate, cu preferinţe şi judecăţi, compasiunea noastră este „un potenţial relativ" (Jordan, 1991), care apare sub forma unei multitudini de variabile profesionale şi personale, aduse într-un echilibru delicat. Printre variabilele profesionale se numără formarea clinică şi experienţa, complexitatea populaţiei de pacienţi, numărul de pacienţi văzuţi într-o anumită zi şi mediul de lucru. Variabilele personale includ calitatea relaţiilor primare, factorii actuali de stres din viaţă şi capacitatea de a-i gestiona, calitatea somnului, sănătatea fizică şi mentală şi stresul cerinţelor din ziua

respectivă. Capacitatea noastră de compasiune fluctuează de la o zi la alta și de la un moment

la altul. Exercițiile următoare ar putea contribui la întărirea obiceiului compasiunii, mai ales în timpul terapiei.

Meditație pentru bunătatea iubitoare

Tradițional, o meditație pentru bunătatea iubitoare (*metta)* începe cu direcționarea bunătății iubitoare către *sine*, pornind de la ideea că toți oamenii sunt interesați, în primul rând, de propria bunăstare, urmată de concentrarea asupra unei persoane dragi, unui prieten, a unei persoane neutre, a unei persoane dificile și apoi asupra unor grupuri de persoane, fără diferențiere. Și totuși, în zilele noastre, multor oameni li se pare mai ușor să genereze căldură față de anumite ființe, cum ar fi un animal de companie sau un bunic iubit, și nu asupra lor înșiși. Prin urmare, dacă preferi, înlocuiește orice ființă vie care te face natural să zâmbești cu obiectul acestei meditații.

Meditația prin bunătate iubitoare folosește propoziții și imagini ca obiecte ale meditației. Fiecare persoană descoperă, în cele din urmă, propoziții personalizate care funcționează cel mai bine în cazul său. Cuvintele sugerate în cadrul acestui exercițiu sunt menite să cultive un răspuns plin de compasiune pentru suferință.

MEDITAȚIE PENTRU BUNĂTATEA IUBITOARE CU AUTOCOMPASIUNE

Acordă-ți 20 de minute pentru a te liniști în mijlocul unor perioade dificile sau stresante. Așază-te într-o poziție confortabilă, suficient de drept și relaxat. Închide ochii parțial sau complet. Respiră adânc de câteva ori pentru a-ți face loc în trup și în momentul prezent. Pune-ți mâna peste inimă o clipă, ca semn să nu uiți să fii bun cu tine însuți.

• Creează-ți o imagine cu tine așezat. Observă-ți postura pe scaun, ca și cum te-ai vedea din afară.

• Acum adu-ți atenția *înăuntrul* corpului și simte pulsațiile și vibrațiile acestuia. Localizează-ți respirația unde o poți simți cel mai ușor. Simte cum ți

se mișcă aerul prin corp și când atenția ți se deplasează, simte-ți din nou, cu delicatețe, mișcările respirației.

• După câteva minute, începe să observi *zonele de stres* pe care îl reții în corp, poate la nivelul gâtului, maxilarului, abdomenului sau frunții. Observă și dacă ții unele *emoții dificile*, cum ar fi grijile pentru viitor sau neliniștea legată de trecut. Înțelege că fiecare trup poartă stres și griji de-a lungul zilei.

• Acum oferă-ți bunăvoință *din cauza* a ceea ce ții acum în corp. Spune-ți următoarele propoziții, încet și delicat:

Fie să fiu în siguranță.

Fie să fiu împăcat.

Fie să fiu blând cu mine.

Fie să mă accept așa cum sunt.

• Când observi că mintea ți s-a îndepărtat, revino la cuvintele sau experiența de disconfort din corp sau minte. Ia-o încet.

• Dacă ești copleșit vreodată de emoție, poți oricând să revii la respirație. Poți, de asemenea, să numești emoția sau să o găsești în corp și să relaxezi zona. Apoi, când te simți confortabil, revino la propoziții.

• În final, respiră de câteva ori adânc și stai liniștit în corpul tău, bucurându-te de bunăvoința și compasiunea care curg natural din propria inimă. Ține minte că poți reveni la propoziții ori de câte ori dorești.

• Deschide încet ochii.

Propoziții ca acestea pot fi folosite informal și în terapie. Când lucrezi cu un pacient dificil, simte-te liber să îl incluzi și pe el în propoziții, cum ar fi „Fie ca tu și cu mine…“ sau concentrează-te doar asupra pacientului, „Fie să fii în siguranță”.

Inevitabil, vor apărea sentimente dificile (Germer, 2009; Gilbert, McEwan, Matos și Rivis, 2010). Acestea fac parte din procesul de transformare și, când

se întâmplă, lasă sentimentele să existe pe fundal. Dar dacă meditația devine prea

neplăcută, te poți concentra doar asupra respirației, descoperă și lasă emoția neplăcută să existe în corp sau, eventual, încetează cu totul să mai meditezi și ai grijă de tine comportamental. Arta meditației pentru bunătatea iubitoare este dezvoltarea delicată și treptată a obiceiului mental al căldurii și bunăvoinței.

A da și a primi meditație

A da și a primi (*tonglen*) este o practică esențială a tradiției budiste tibetane. Tradițional, ea constă în inspirarea suferințelor altora, transformarea rapidă a acelor sentimente înăuntru și expirarea bunătății iubitoare și compasiunii către una sau mai multe persoane alese. Pentru începători, practica inhalării suferinței altora poate fi dificilă, astfel să s-a făcut următoarea adaptare:

INSPIRAREA ȘI EXPIRAREA COMPASIUNII

• Așază-te confortabil, închide ochii și respiră de câteva ori pentru a te relaxa.

• Verifică-ți corpul în căutare de stres, observând orice senzații fizice de tensiune. Permite-ți să conștientizezi orice *emoții* stresante pe care le-ai putea avea în câmpul conștientizării. Dacă îți vine în minte o persoană dificilă, lasă-te să conștientizezi stresul asociat acelei persoane. Dacă resimți

suferința altei persoane prin intermediul empatiei, lasă-te să conștientizezi și acel disconfort.

• Acum, conștient fiind de felul în care corpul tău duce stresul, simte-ți corpul inhalând și lasă-te să savurezi senzația hrănitoare de a inspira. Lasă inspirația să te liniștească.

• Când expiri, trimite aceeași liniște și stare de bine unei persoane asociate cu starea ta de disconfort sau lumii în general.

• Continuă să inspiri și să expiri, lăsându-ți corpul să găsească treptat un ritm natural și relaxat al respirației.

• Încearcă să adaugi un cuvânt fiecărei inspirații și expirații, cum ar fi *căldură*, *pace* sau *calmare*, sau, eventual, imaginează-te cum inspiri și expiri o lumină de aur. Experimentează pentru a vedea care abordare îți evocă sentimentul compasiunii.

• Din când în când, scanează-ți relieful interior în căutarea unei tulburări și răspunde inhalând compasiune pentru tine și exhalând compasiune pentru cei care au nevoie de ea.

• Deschide încet ochii.

Poți practica meditația aceasta și informal, în cadrul terapiei. Când te

confrunți cu tulburări în timpul unei ședințe, îndreaptă-ți atenția asupra respirației și plimbă compasiunea înăuntru și în afară cu fiecare respirație.

Exercițiul de întâmpinare

Acest ultim exercițiu este un alt intermezzo pe care îl putem folosi la ordinea zilei, la orice oră. El restabilește intenția de a ne deschide în fața suferinței cu compasiune și înțelepciune. Practicarea compasiunii ține, în esență, de rafinarea intenției noastre de a întâmpina tristețea cu bunătate, iar sentimentele bune sunt, inevitabil, un produs secundar al bunelor intenții.

EXERCIȚIU DE ÎNTÂMPINARE

• Înainte de a deschide ușa următorului pacient, lasă-ți un moment pentru a simți cum îți urcă și cum coboară respirația.

• Acum, vizualizează persoana din spatele ușii, o ființă umană care suferă, care a fost cândva copil, care are visuri și speranțe, la fel ca tine, și care a încercat să fie fericită, dar a reușit doar parțial, care se simte vulnerabilă și care se teme în cea mai mare parte a timpului și care vine la tine crezând că îi poți ușura suferința.

• Acum deschide ușa și spune „Bună ziua".

Poeta Naomi Shihab Nye (1995) a scris: „Înainte de a putea cunoaște bunătatea ca fiind cel mai profund lucru, trebuie să cunoști supărarea ca fiind

celălalt cel mai profund lucru" (p. 42). Dar oare putem rămâne deschişi în faţa supărării, a pacienţilor şi a noastră, suficient de mult pentru a o transforma? Abilitatea de a ne regla atenţia folosind atenţia concentrată şi monitorizarea deschisă şi de a cultiva bunăvoinţa prin exerciţii de bunătate iubitoare şi compasiune pot să ne ducă mult în direcţia acelui scop ales.

---

[6] Cele patru exerciţii care urmează au fost adaptate din programul de pregătire pentru autocompasiune cu mindfulness, elaborat de Chris Germer şi Kristin Neff.

CAPITOLUL 5

Mindfulness relațional

Janet L. Surrey, Gregory Kramer

Admirabila prietenie… este, de fapt, întregul vieții sfinte.

BUDDHA (Upaddha Sutta, citat în Bhikkhu, 2012b)

Mindfulness-ul relațional se poate defini ca practicarea și cultivarea mindfulness-ului într-un context ralațional angajat, de la persoană la persoană. Pentru terapeut, asta înseamnă conștientizarea cu mindfulness a stărilor sale interne, observarea legăturii empatice cu pacientul, clipă de clipă, precum și conștientizarea permanentă a relației schimbătoare *dintre* pacient și terapeut deopotrivă. Capitolul acesta explorează terapia ca practică a mindfulness-ului relațional și sugerează posibilitatea de a cultiva și stimula conștientizarea relațională și competența prin intermediul dialogului insight-ului (al înțelegerii profunde), o practică a meditației insight-ului relațional dezvoltată de Gregory Kramer (2007). De asemenea, vom explora felul în care mediația relațională ar putea aprofunda practica psihoterapiei într-o experiență mai angajată, eliberatoare[7].

Importanța relației terapeutice a fost recunoscută de-a lungul istoriei psihoterapiei. Freud (1920/2000) vorbea despre o relație de transfer, iar alți teoreticieni timpurii puneau accentul pe caracterul central al empatiei pentru a descoperi și ușura suferința psihologică. Rogers (2008) scria despre empatia corectă, atitudinea pozitivă necondiționată (sau căldura neposesivă) și autenticitatea terapeutului ca factori esențiali ai unei relații de vindecare. Deși cercetările științifice s-au concentrat mai ales asupra metodologiilor sau intervențiilor particulare, în prezent există un consens cu privire la faptul că factorii ce țin de relație, indiferent de abordarea terapeutică, sunt responsabili de o parte semnificativă a rezultatului terapiei (vezi Capitolul 4). Norcross (2011) aduce o abordare bazată pe dovezi pentru acești factori ai relației, cuprinzând decenii de cercetare. El descrie cele mai importante elemente relaționale ca fiind construirea alianței, empatia, atitudinea și afirmarea pozitive necondiționate și congruența sau autenticitatea terapeutului. Acestea sunt deseori prezentate ca fiind „caracteristici personale" ale terapeuților, care nu pot fi învățate direct și mulți terapeuți clinicieni consideră că nu au

beneficiat de formarea adecvată pentru cultivarea lor. Psihologia abisală şi meditaţia budiste oferă o nouă paradigmă pentru formarea psihoterapeuţilor în dezvoltarea relaţională (inclusiv factorii empatiei, compasiunii, calmului, rezilienţei şi liniştii) şi sugerează dimensiuni noi, neabordate, ale transformării prin intermediul relaţiei în

practica clinică la fiecare nivel al experienţei clinice.

Pe baza celor două capitole anterioare, acest capitol identifică şi discută elementele-cheie ale mindfulness-ului terapeutic. Legătura dintre rezultatul terapeutic pozitiv şi starea de mindfulness a terapeutului nu a fost încă stabilită ştiinţific (Davis şi Hayes, 2011). O modalitate de a investiga conexiunea aceasta este identificarea factorilor despre care se ştie că sunt dezvoltaţi de practica mindfulness (reglarea afectului, acceptarea, empatia, atenţia etc.) şi apoi analizarea modului în care aceste capacităţi ar putea influenţa relaţia terapeutică. O cale chiar mai directă ar fi studierea mindfulness-ului *in vivo* — în procesul terapeutic în sine. Capitolul acesta reprezintă o explorare preliminară a mindfulness-ului în terapie. Sperăm că vor urma cercetări care să analizeze efectul şi mecanismele sale de acţiune.

Meditaţia cu mindfulness, aşa cum a fost transmisă de-a lungul secolelor de tradiţie monastică, a fost predată şi practicată cu punctul de concentrare aflat în interior. Chiar şi aşa, mindfulness-ul se poate practica în cadrul relaţiilor interpersonale angajate, de influenţare reciprocă (Kramer, Meleo-Meyer şi Turner, 2008). Abordarea aceasta ar putea avea o relevanţă deosebită pentru pregătirea clinică, fiindcă practica mindfulness-ului relaţional are o aplicare directă pentru componenta relaţională a psihoterapiei. Faptul de a învăţa să cultive şi să susţină mindfulness-ul relaţional de-a lungul experienţei multidimensionale a terapiei poate fi valoros

pentru psihoterapeuţii clinicieni. Una e să cultivi calmul şi compasiunea faţă de suferinţa tuturor fiinţelor în cadrul meditaţiei private şi alta e să înduri furia şi durerea unui pacient care ar putea să te vadă pe tine — terapeutul — ca pe sursa suferinţei sale.

Minte, creier şi relaţie

Psihoterapia moşteneşte tradiţiile religioasă, mistică şi şamanică. Conversaţia

vindecătoare, de exemplu, are elemente de contemplaţie meditativă şi de spovedanie deopotrivă. În ultimul secol, Martin Buber (1970) scria despre „întâlnirea“ sau dialogul adevărat (relaţia sacră „Eu–Tu”) ca fiind locul transformării şi al vindecării. În prezent însă, practica psihoterapiei este localizată mai ales în cadrul medicinei şi sănătăţii comportamentale şi începe să fie înţeleasă în termeni de neurobiologie. Banks (2010) scrie:

Conform datelor recente, creierul se re-reglează ca urmare a discuţiei dintre doi oameni, într-o cameră, răspunzându-şi unul altuia cu semnale faciale, posturi ale corpului şi empatie — acel acordat „a fi cu" persoana cealaltă. Astfel, se schimbă felul în care funcţionează creierul nostru. Şi e interesant că schimbarea survine pentru ambele creiere… indicând reciprocitatea relaţiei.

(p. 7)

Daniel Siegel (2007) a propus un model cu trei dimensiuni al experienţei umane, pe care îl numeşte „triunghiul realităţii". Cele trei fundamente ireductibile ale triunghiului sunt *creier–corp*, *minte* şi *relaţie*. Fiecare dintre aceste trei elemente le influenţează pe celelalte. Siegel a adăugat cu curaj dimensiunea relaţiei, câtă vreme mulţi cercetători încă lucrează pentru a înţelege cum se influenţează reciproc creierul şi mintea, inclusiv în cazul meditaţiei (Davidson, 2009; Lazar et al., 2005).

Recunoaşterea puterii relaţiei are la bază o apreciere din ce în ce mai pronunţată a felului în care factorii relaţiei afectează creierul în curs de dezvoltare şi susţin factorii sănătăţii mentale şi fizice, cum ar fi reziliența, funcţiile imunitare şi reducerea stresului (Banks, 2010). În cadrul meditaţiei relaţionale, toţi trei factorii (creier, minte şi relaţie) sunt angajaţi şi ne oferă ocazia unică de a le studia influența. Acest triunghi al realităţii format din trei factori care se influenţează reciproc ne oferă o perspectivă semnificativ lărgită pentru modelele actuale teoretice şi de cercetare privind factorii vindecării.

EXERCIŢIU ELEMENTAR DE MINDFULNESS RELAŢIONAL: „RESPIRATUL CU"

• Stai pe scaun sau pe perne aşezat cu faţa la un partener de meditaţie, la o distanţă confortabilă. (Se poate suna dintr-un clopoţel la fiecare etapă.)

• Închide ochii. Orientează-ți conștientizarea spre experiența internă a respirației — inspiratul și expiratul în prezența altei persoane. (5 minute)

• Deschide ochii. Conștientizează cealaltă persoană din câmpul tău vizual. Continuă să aplici mindfulness-ul propriei tale respirații, deschizându-ți conștientizarea pentru cealaltă persoană. (1 minut)

• Extinde-ți conștientizarea asupra respirației celeilalte persoane. (3–5 minute)

• Încet, extinde-ți câmpul conștientizării asupra *amândurora* respirând. Observă orice disconfort, plăcere, curiozitate sau autoconștientizare în postura aceasta de a vedea și a fi văzut. Observă fluxul — sau schimbările — conștientizării între intern, extern sau ambele. (5 minute)

• Închide ochii și concentrează-te din nou asupra respirației tale. Observă orice reacție sau schimbare în stările minte–trup. (3 minute)

• Deschide ochii. Fără a folosi cuvinte, găsește o modalitate de a-ți exprima recunoștința față de partenerul tău de meditație pentru momentele acestea în care ați exersat împreună. Dă voie să apară o dorință din inimă ca acesta să fie fericit și să aibă parte de o stare de bine, oferind și apoi primind aceste dorințe de bine. Rămâi în flux. (3–5 minute)

• Se poate suna din clopoțel pentru a semnala sfârșitul meditației.

Cursul relației

Practica esențială a psihoterapiei relaționale pentru terapeut este acordarea clipă-de-clipă la sine, la celălalt și la relație. Aceste domenii ale experienței apar împreună și se influențează reciproc în cadrul unui flux al experienței permanent, în continuă schimbare. Pentru psihoterapeutul clinician decis să cultive mindfulness în timp ce practică terapia, crește treptat gradul de absorbire în aceste domenii, iar mindfulness-ul capătă un caracter neîntrerupt, pătrunzând și iluminând practica terapeutică. Aspirația noastră devine clară: cum să fim pe deplin prezenți în relație și să fim o prezență benefică în viața unui anumit pacient, pe măsură ce explorăm împreună natura suferinței sale.

Un sentiment pronunţat al angajamentului terapeutic poate fi o experienţă foarte specială, chiar sacră. Segall (2003) scrie:

Acest tip de atenţie şi concentrare neegoistă şi plină de compasiune se potriveşte cu toate formele de psihoterapie, însă creşterea nivelului de angajament de la cineva care e „doar" profesionist la cineva care e şi spiritual duce un pic mai sus seriozitatea demersului terapeutic. A fi total prezent alături de

client în felul acesta devine parte a drumului terapeutului către propria dezvoltare spirituală… Fiecare întâlnire terapeutică devine o ocazie sacră de a face fiecare cuvânt şi moment să conteze. (p. 169)

Cum ne putem deschide spre astfel de experienţe de prezenţă terapeutică reciproc înălţătoare? Eu (J.L.S.) încerc să încep fiecare şedinţă cu intenţia de a-mi ancora conştientizarea în respiraţie şi trup (inclusiv punctele de contact cu scaunul şi podeaua) şi să îmi amintesc să susţin acest tip de prezenţă întrupată. Apoi încep să îmi lărgesc conştientizarea la nivelul experienţei fizice a pacientului aflat în încăpere şi asupra curgerii relaţiei noastre, a experienţei care se derulează clipă-de-clipă, conectare şi deconectare în timpul orei de terapie. Iar şi iar, revin la experienţa simţită de pacient, la felul în care pacientul se simte pe sine sau îi simte pe ceilalţi din viaţa sa, la relaţia noastră şi la calităţile schimbătoare ale acestor dimensiuni coemergente. Deseori, mă opresc pentru a întrerupe obiceiurile perimate ale rolului meu de psihoterapeut (de exemplu, să văd la un pacient ceva ce poate am văzut în şedinţele trecute şi să presupun apoi că asta se întâmplă acum) şi pentru a-mi ancora conştientizarea în respiraţie sau senzaţiile din corpul meu. Cu timpul, domeniul mindfulness-ului relaţional se extinde şi se transformă într-un „rezervor" mai mare pentru aceste experienţe interne, externe şi relaţionale.

Una dintre practicile lui Buddha, fondatoare pentru mindfulness, este contemplarea „internă, externă şi internă şi externă deopotrivă" (Nanamoli şi Bodhi, 1995, p. 145). Învăţatul şi călugărul budist Analayo (2003) scria:

Contemplarea internă serveşte ca bază pentru înţelegerea fenomenelor similare în alţii în timpul celui de-al doilea pas, al contemplării externe. Într-adevăr, a fi conştient de propriile sentimente şi reacţii permite cuiva să înţeleagă mai uşor sentimentele şi reacţiile celorlalţi. (p. 97)

Mindfulness-ul, orientat intern sau extern, este cunoscut în psihologia budistă ca un *factor al trezirii* (vezi Capitolul 4), iar practica aceasta ne-ar putea conduce conştientizarea dincolo de dualitatea centrării pe sine sau pe celălalt. Terapeuţii îşi pot pierde echilibrul dacă practică doar centrarea pe ceilalţi, în vreme ce meditatorii solitari se pot concentra excesiv asupra mindfulness-ului orientat intern, spre sine. Practicând ambele forme, distincţia dintre intern şi extern devine mai puţin importantă, chiar dacă diferenţa convenţională dintre sine şi celălalt rămâne. Disponibilitatea de a experimenta graniţe fluide şi de a deschide fluxul şi desfăşurarea experienţelor relaţionale sunt caracteristice pentru practica clinică relaţională.

După cum a început să demonstreze neurobiologia interpersonală, creierul omenesc, inclusiv întregul sistem nervos, este profund relaţional. *Sinele* şi *celălalt* se influenţează reciproc şi se reglează reciproc. De exemplu, prezenţa neuronilor-oglindă (Fadiga, Fogassi, Pavesi şi Rizzolatti, 1995), suprapunerea căilor compasiunii şi empatiei în creier (Decety, 2011; Decety şi Meyer, 2008) şi rezonanţa limbică (Lewis, Amini şi Lannon, 2001) stau în spatele potenţialului nostru de reciprocitate. Eliberarea graniţelor fixe sau rigide dintre sine şi ceilalţi oferă ocazii pentru cunoaşterea profundă, intersubiectivă. Deconstrucţia aceasta a ceea ce se credea a fi „sine" stabile, separate este temelia pentru a putea lucra abil cu schimbările şi a creşte libertatea emoţională. Arta practicii clinice este capacitatea de a vedea schimbări mici la pacienţii tăi, de a detecta noi posibilităţi şi apoi de a contribui la actualizarea a ce e posibil în vieţile pacienţilor.

De exemplu, pacientul meu (J.L.S.), Dave, stătea mereu cu privirea orientată în jos, mai ales când vorbea despre gânduri suicidale. În cadrul unei şedinţe, am observat că ochii îi scanau biroul în timp ce vorbea. Percepţia aceasta trecătoare a unei mai mari deschideri mi-a atras atenţia că e o ocazie de a-i pune mai multe întrebări despre temerile şi speranţele sale din momentele cele mai sumbre. Practica mindfulness-ului relaţional poate aprofunda şi poate face mai accesibilă o astfel de cunoaştere prin experienţă, putând totodată să ghideze un set de întrebări

terapeutice spre o direcţie mai aliniată şi penetrantă.

Abordarea relaţională a psihoterapiei (respectiv, cea în care relaţia este de primă importanţă în intervenţie) presupune că influenţa reciprocă este

fundamentul transformării. Schimbul acesta subtil, cunoscut şi sub numele de *schimb bidirecţional* (Jordan, Kaplan, Miller, Stiver şi Surrey, 1991) sau *cauzalitate reciprocă* (Bandura, 1986), a fost descris de Edward Tronick (2007) în cercetările sale privind interacţiunile mamă–bebeluş. El a descoperit că e imposibil să stabilească cine iniţiază schimbările în microexpresiile faciale dintre mame şi bebeluşii lor, fiindcă păreau să se producă simultan. Miller şi Stiver (1997) au descris această intererreactivitate în terapie ca *mişcare relaţională*, un tărâm nevăzut al interfiinţei şi interacţiunii, sau *mişcare-în-relaţie*. Relaţiile sunt mereu în mişcare, avansând spre sau îndepărtându-se de o legătură mai profundă. Terapeutul ghidează cu mindfulness relaţia spre aprofundarea sau sprijinirea conexiunii reciproce, recunoscând şi apoi tratând, reparând şi acţionând pentru a susţine şi a vindeca deconectările.

Terapia ca practică relațională

Un psihoterapeut care practică mindfulness relaţional aspiră să promoveze descoperirea de sine a pacientului prin intermediul unei prezenţe neclintite, pline

de compasiune. Explorarea pacientului poate fi ghidată sau susţinută în numeroase feluri. Terapeutul poate invita pacientul să revină asupra unei experienţe neobservate sau trecătoare („Putem să rămânem puţin la ceea ce tocmai ai spus? Ai simţit că e important?“), să renunţe la ea („Putem lăsa deoparte, deocamdată, gândul acesta, şi să revenim asupra senzaţiei din corpul tău? Cred că e un mesaj aici”), sau să ajute pacientul să se ancoreze („Ceva te-a stârnit, te-a furat — hai să revenim la conştientizarea contactului, respiraţiei corpului, picioarelor care ating podeaua, conştientizarea faptului de a fi împreună, a respira împreună, aici şi acum").

Eu (J.L.S.) am deseori parte de sentimentul acesta de reciprocitate a conştientizării cu un pacient, fapt care ne ajută să ne simţim amândoi ancoraţi în siguranţă câtă vreme ne sporim intensitatea şi claritatea insight-ului. Modificările de percepţie pe care le oferă un proces de schimb reciproc — văzând prin ochii „mei“, văzând prin ochii „tăi”, văzând ce vedem „noi“ împreună — le permit atât terapeutului, cât şi pacientului să „vadă” dincolo de limitele percepţiei centrate pe sine. Renunţând la a ne mai agăţa şi a ne

ataşa de perspectivele noastre fixe, se trezesc noi posibilităţi. Thich Nhat Hanh (2003) a descris coapariţia insight-ului în comun, comparativ cu meditaţia solitară, ca fiind mai clar resimţit, mai memorabil, mai concentrat şi mai durabil în procesul trezirii.

Mindfulness-ul sinelui-în-relație

Pe baza discuțiilor informale cu psihoterapeuții clinicieni, estimăm că aproximativ 15% din ora de terapie este dedicată monitorizării de fundal a experienței sinelui — conștientizarea continuă a stărilor minte–trup interne, schimbătoare (de exemplu, ritmul cardiac crește când suntem pe punctul de a vorbi). Terapeutul poate înregistra, de exemplu, reacții de contratransfer în timpul cărora atenția orientată spre interior crește. Putem să ne ocupăm și putem lucra cu schimbarea aceasta, deseori intern și în tăcere (de exemplu, investigând: „Oare ce mi-a declanşat anxietatea şi energia neliniştită?"), dând dovadă, în acelaşi timp, de mindfulness cu privire la pacient şi la relaţia noastră. Terapeutul poate direcționa conștientizarea intern, pentru a monitoriza răspunsurile empatice, pentru a observa și a elibera reacțiile de contratransfer sau a decide, pur și simplu, să amâne activitatea aceasta internă sau a o duce în suprevizare.

Când lucrăm cu un model relațional, încercăm să rămânem deschişi la percepţiile pacienţilor noştri despre noi, chiar dacă am prefera să nu fim văzuţi într-un anumit fel. Deschiderea aceasta are la bază înțelegerea profundă că nu suntem singurul „expert" privilegiat în materie de noi înșine, că imaginea noastră ca terapeuţi ar putea sta în calea cunoaşterii de sine şi că informațiile despre unghiurile noastre

moarte pot veni din partea celor cu care avem o legătură strânsă, inclusiv de la pacienţii noştri. Însă dezvoltarea pacientului rămâne întotdeauna prioritară, câtă vreme suntem atenţi la ceva din noi care ar putea interfera cu sau ne-ar putea distrage de la angajamentul reciproc profund.

Rogers (1980) și Norcross (2011) subliniază că *autenticitatea* sau *congruența* terapeutului constituie un factor terapeutic esențial. Chiar dacă această calitate e greu de descris, este susținută de mindfulness-ul stărilor interne. Norcross definește factorul acesta ca fiind „capacitatea terapeutului de a

comunica în mod conştient clientului experienţa sa cu clientul „ (p. 19). Rogers, Gendlin, Kieser şi Truax (1967) scriu că „autenticitatea [unui terapeut înseamnă] să fie [cu] sentimentele şi atitudinile care curg prin el la momentul respectiv" (p. 100) şi a nu se ascunde în spatele unui rol profesional sau a nega sentimentele care sunt evidente în cadrul întâlnirii. *Congruenţa* este deopotrivă o calitate personală a terapeutului şi o calitate resimţită a relaţiei. Poate fi cultivată de-a lungul timpului în practica clinică — mindfulness pentru ascultarea profundă şi vorbirea autentică — şi poate fi unul dintre cele mai importante rezultate ale unei practici de meditaţie relaţională angajată.

Mindfulness pentru celălalt în relaţie

Un terapeut relaţional practică, de asemenea, atenţia clipă-de-clipă la realitatea *pacientului,* la felul în care acesta se simte de fapt şi la cum comunică verbal şi nonverbal. În cartea sa *Embracing the Beloved* — Îmbrăţişarea celui drag, Stephen Levine (Levine şi Levine, 1995) descrie experienţa sa de meditaţie, de receptivitate clipă-de-clipă şi conştientizare deschisă în relaţia cu partenera sa, Ondrea. El scrie:

Să priveşti cu o conştientizare miloasă emanaţiile subtile ale corpului altuia, ciudăţenia de moment a mişcării, arcuirea uşor umflată a gâtului, înclinarea capului, coloraţia pielii, tensiunea din jurul gurii, poziţionarea mâinilor şi picioarelor — în modificările mentale şi în cele ale posturilor corporale, inima fiecăruia primeşte procesul celuilalt. (p. 243)

De asemenea, el descrie o practică asociată de a observa calităţile propriei viziuni:

Să observăm când privim dur sau blând, să observăm judecata, gândirea, nivelul, profunzimea şi să ne susţinem concentrarea şi felul cum acestea rezonează cu stările celuilalt… să fim foarte atenţi, clipă de clipă, la calităţile schimbătoare ale lui „a vedea“ şi „a fi văzut”. (p. 240)

Prin intermediul descrierilor acestei experienţe schimbătoare clipă-de-clipă, Levine transmite cu eleganţă cât de interconectate sunt, de fapt, fiinţele umane (sau cât de mult se cresc reciproc) şi cât de profund se poate cunoaşte faptul acesta în cadrul unor relaţii strânse, curente, cum este terapia. Chiar şi

calitatea modului nostru de a vedea depinde de a simți ce simte pacientul în legătură cu a fi văzut. Mișcările și schimbările acestea se produc mai repede decât am putea noi să le urmărim. În practica mindfulness, când încetinim și vedem mai adânc în proces, putem face alegeri mai clare și putem răspunde mai eficient.

Acordarea empatică în relație, prin relație, ocupă de multă vreme un loc central în terapie. Carl Rogers (1980) definea empatia ca

abilitatea sensibilă a terapeutului și disponibilitatea de a înțelege gândurile, sentimentele și luptele clientului din perspectiva clientului… Înseamnă să intri în lumea perceptuală privată a celuilalt… să fii sensibil, clipă de clipă, la semnificațiile simțite în schimbare, care curg în persoana cealaltă sau să simți apariția unor noi senzații incipiente, percepții sau înțelegeri profunde. Deschiderea aceasta către schimbarea subtilă este esențială pentru „a invita noul" în fluxul experienței. Poate însemna să simți semnificațiile de care el abia dacă e conștient. (p. 142)

Mindfulness-ul relațional este fundamentul abilității terapeutului de a invita pacientul într-o schimbare nouă sau subtilă în direcția chestionării terapeutice.

Practica mindfulness-ului relațional susține claritatea și subtilitatea percepției. De exemplu, după ce am revenit de la un curs de meditație care a durat cinci zile, unul dintre pacienții mei (J.L.S.) a venit la cabinet și a început imediat să vorbească. Însă pe mine mă atrăgea mișcarea mâinilor sale. Își manifesta durerea frângându-și mâinile, fiecare dintre ele mângâind-o pe cealaltă. Cursul de mindfulness îmi ascuțise conștientizarea senzațiilor corporale și stărilor emoționale, astfel că am văzut într-un mod direct, visceral, cum pacienta aceasta își exprima singurătatea și dorința de contact. Practica mindfulness-ului relațional îmi deschisese mintea și inima pentru a primi mai viu indiciile ei nonverbale — cu o mai mare conștientizare, compasiune și înțelegere — decât în mod obișnuit.

Noi cercetări cerebrale importante asupra empatiei ne arată ce s-ar putea întâmpla când vedem o altă persoană suferind. Teoria suprapunerii durerii sociale (TSDS) sugerează că și durerile fizice, și cele psihologice sunt înregistrate în zone similare ale creierului (Eisenberg și Lieberman, 2004).

Oameni de știință specializați în neuroștiințe sociale, cum sunt Jean Decety (2011), Tania Singer și Claus Lamm (2009) și Christian Keysers (2011) încep să traseze o hartă a modului în care creierele noastre înregistrează experiența altor persoane, a felului în care

ajungem să îl cunoaștem și să îl înțelegem pe celălalt și a locului unde e probabil să se producă empatia și compasiunea în creier. De exemplu, Decety (2006) a studiat tiparele de activare din creierul unui observator și cel al unei persoane care suferea, observând o suprapunere semnificativă, precum și diferențe importante. Persoana în suferință indică o mai pronunțată activitate limbică și localizare senzoriomotorie, în vreme ce observatorul indică o mai puternică activitate a lobului frontal. Capacitatea observatorului de a cunoaște și de „a fi cu" durerea altuia, adăugând, în același timp, funcții executive de un nivel superior, pare a fi o descriere bună pentru empatie. În activitatea clinică, terapeutul trebuie să înregistreze în trupul său experiența durerii celuilalt, știind că nu e durerea sa, și să aducă apoi alte calități, precum grija, compasiunea, calmul și inteligența emoțională în cadrul întâlnirii.

Empatia e întotdeauna un proces permanent, relațional, ceea ce Surrey și Jordan (2012) numesc *empatie reciprocă*. Terapeutul acționează pentru „a vedea“ și „a ști” acordându-se și adaptându-se la ceea ce vede pacientul. Pe măsură ce terapeutul avansează către experiența pacientului, emițând și receptând microcomunicații, terapeutul citește, corect și eronat, indiciile pacientului, până când acesta se simte văzut și auzit. În cele din urmă, rezonanța emoțională și somatică duce la experiența de a fi unit cu cineva, de a nu fi singur.

Jordan și colegii săi (1991) observă că „a fi cu" este un antidot pentru suferința izolării și deconectării, care stau la baza atât de multor suferințe din cultura modernă. Reconectarea este un factor central al vindecării din teoria relațional-culturală dezvoltată la Institutul de Formare Jean Baker Miller din cadrul Colegiului Wellesley (Surrey și Jordan, 2012). Ieșirea din exil și conectarea cu restul omenirii, mai ales atunci când suferim, reprezintă o modalitate de a înțelege puterea vindecătoare a empatiei și compasiunii.

Mindfulness pentru relația-în-relație

Miller şi Stiver (1997) descriu acordarea la relaţia de terapie drept sarcina primară a psihologului clinician. De exemplu, un terapeut ce cultivă starea de mindfulness poate conştientiza textura unei relaţii, intensitatea legăturii, schimbările bruşte sau subtile către deconectare, sentimentul de colaborare sau diviziune, luptele pentru putere şi control şi dansul siguranţei şi al pericolului. În cadrul unei şedinţe de terapie de cuplu, eu (J.L.S.) am întrebat soţul dacă resimte o schimbare în relaţie când a făcut un comentariu perceput de soţia sa ca fiind critic. El a relatat că a simţit cum textura relaţiei se transformă de la „netedă“ la „şmirghel”. Atenţia acordată relaţiei te poate ajuta să muţi discuţia de la „ce a zis el, ce a zis ea" la cum

se cunosc cei doi sau cum se mută împreună, la ce se întâmplă în spaţiul dintre ei. Schimbarea aceasta a punctului de concentrare poate reprezenta o mare uşurare pentru pacienţii care vin la terapie de cuplu, precum şi pentru psihologii clinicieni care practică psihoterapia individuală.

Miller şi Stiver (1997) au descris şi ei puterea relaţiilor reciproc empatice şi care îşi dau reciproc putere de a contesta şi de a întrerupe imaginile relaţionale trecute, construite pe baza unor deconectări traumatice sau cronice. Ei subliniază cât este de important să onorăm strategiile de deconectare pentru a ne proteja de vulnerabilitatea pe care ajungem cu toţii să o avem în vieţile noastre relaţionale, în diferite măsuri. Faptul că terapeutul e conştient şi are libertatea de a slăbi strânsoarea propriilor strategii personale şi profesionale de deconectare este crucial pentru activitatea paralelă a pacientului.

Daniel Siegel (1999) a studiat rolul acordat şi rezonant pe care îl joacă relaţiile în dezvoltarea creierului. Ataşamentul sigur sprijină integrarea neurală şi a personalităţii prin comunicare contingentă, naraţiune coerentă, repararea deconectărilor şi calmarea stărilor negative minte–corp şi amplificarea stărilor pozitive. Experienţele timpurii privind ataşamentul au puterea de a modela creierul şi relaţiile de-a lungul vieţii, dar, din fericire, noile experienţe relaţionale pot sprijini şi propulsa dezvoltarea sănătoasă la orice vârstă. Cozolino (2010) descrie modul în care puterea

vindecătoare a relaţiei poate transforma tulburările de ataşament, refăcând circuitele din creier. Relaţia de terapie oferă un fundament sigur şi stabil care, în timp, poate facilita schimbările acestea.

Terapeuţii eficienţi îşi dezvoltă capacitatea aceasta de a rămâne prezenţi şi conectaţi cu sinele, cu celălalt şi cu relaţia. Prin practica de a rămâne alături de emoţiile şi experienţele dificile, mindfulness-ul relaţional este cultivat şi sprijinit şi se reduce identificarea cu o anumită stare emoţională. Devine posibil să rămâi prezent şi echilibrat, dar complet angajat, în momentele dificile din cadrul terapiei, fără a recurge la etichetarea diagnostică judicativă (de pildă, „Ea e un exemplu clar de borderline“). Calmul se amplifică în timp, iar momentele dificile din cadrul terapiei sunt percepute mai puţin ca o ameninţare şi mai mult ca o ocazie de „a fi cu” şi „a rămâne cu" un pacient.

Rogers (1980) şi Norcross (2001) descriu importanţa imaginii pozitive necondiţionate în relaţia de terapie. Acceptarea autentică, respectul, afirmarea şi căldura relaţională au o influenţă pozitivă asupra relaţiei de terapie. Practicarea *brahma viharas* (atitudini sănătoase sau stări mentale ca prietenia, compasiunea, bucuria empatică şi calmul — vezi Capitolul 4 şi Anexa) reprezintă o extensie rodnică a practicii mindfulness-ului relaţional. A dărui şi a primi aceste calităţi în cadrul psihoterapiei poate aduce bucurie, inspiraţie şi libertate emoţională în activitatea

dificilă de a fi alături de suferinţa emoţională a pacienţilor noştri.

Stephen Porges (2011a) a făcut cercetări ample în privinţa nervului vag şi a descoperit că, în condiţii de siguranţă şi linişte, nervul vag inhibă reacţia de împietrire-luptă-sau-fugi. În condiţiile unui schimb verbal sigur, încet şi relaxat, având acces la o ramură a nervului vag numită *smart vagus nervul vag inteligent* (respectiv, vag ventral), ne putem angaja în comportamente sociale cum ar fi contactul vizual, atingerea şi empatia. Putem „recruta circuitele neurale care ne permit să exprimăm aspectele minunate ale condiţiei de a fi uman, cum este mindfulness-ul" (Porges, 2011b). Se pare că relaţiile cu mindfulness activează nervul vag inteligent şi maximizează potenţialul de schimbare psihologic.

PRACTICAREA COMEDITAŢIEI CU MINDFULNESS: MINDFULNESS PENTRU SINE, CELĂLALT ŞI RELAŢIE

Cel mai bine ar fi ca exerciţiul acesta să fie condus de un terapeut cu pregătire de specialitate, în cadrul unui atelier. Participanţii trebuie să îşi găsească un partener şi să se aşeze pe scaune sau pe perne. Fiecare pereche

decide cine va vorbi primul, apoi păstrează tăcerea, cu excepţia instrucţiunilor primite din partea liderului. Liderul foloseşte un clopoţel pentru meditaţie ca să anunţe

începutul şi finalul perioadelor de exersare.

• Pentru a începe, ambii parteneri închid ochii şi practică intern mindfulness, concentrându-se asupra inspiraţiei şi expiraţiei. (3 minute)

• Apoi îşi deschid ochii şi privesc blând, relaxaţi; nu e nevoie să fixeze cu privirea sau să se holbeze. Participanţii sunt invitaţi să observe apariţia diferitelor emoţii, gânduri şi aprecieri. De asemenea, să observe orice jenă ar putea apărea când rămân concentraţi asupra propriei respiraţii.

• În continuare, primul vorbitor exersează vorbitul autentic, cu mindfulness, în vreme ce partenerul său practică ascultarea profundă cu mindfulness. Vorbitorul răspunde la întrebările: „Ce e acum aici? Ce eşti conştient că apare în momentul acesta?" Participanţilor li se aminteşte să se oprească, iar şi iar, şi să observe ce e prezent. Vorbitorul e invitat să rămână cu ceea ce vede, aude sau simte în trup şi să îşi alinieze discursul cu experienţa reală. (8 minute)

• În timpul acesta, ascultătorul practică ascultarea profundă cu mindfulness, „fiind cu" vorbitorul clipă de clipă… primind şi acceptând, pur şi simplu, ce se spune.

• Apoi ascultătorul reflectă ce a auzit, a văzut sau a observat în timp ce

asculta, iar vorbitorul se referă la experienţa sa de a fi fost văzut şi auzit. Ar putea discuta, de exemplu, cum diferă experienţa aceasta de practica mindfulness internă.

• Apoi cei doi parteneri fac schimb de roluri — primul vorbitor devine ascultătorul, iar primul ascultător devine vorbitorul. Repetaţi paşii anteriori.

• La finalul exerciţiului, participanţii sunt invitaţi să îşi exprime recunoştinţa, *în linişte*, faţă de partenerul de comeditaţie, pentru că au luat împreună parte la acest exerciţiu, dorindu-şi reciproc lucruri bune în inimă. Imediat după

aceea, aceste dorințe de bine se pot exprima verbal, iar participanții sunt încurajați să le și primească.

• La final, participanții sunt invitați să rămână în fluxul de grijă și prietenie împărtășite. (3 minute)

Practica relațională în psihologia budistă

Dat fiind că ne trăim cea mai mare parte a vieții în relație, experimentăm în permanență contactul interpersonal care face să vibreze o rețea internă de reacții condiționate. Suntem creaturi interactive și interreactive; reactivitatea condiționată a cuiva declanșează tiparele de reactivitate ale celuilalt, afectându-se și

influențându-se reciproc într-un dans continuu al interreactivității. Întocmai cum adevărul disconfortului senzorial are la bază faptul sensibilității noastre la un mediu fizic stimulant, adevărul suferinței interpersonale ne dezvăluie ca ființe sensibile psihologic într-un mediu social complex și stimulant. În esență, oamenii sunt ființe relaționale.

Suntem alcătuiți pentru relații, iar supraviețuirea noastră depinde de relații pentru a trăi. În copilărie și de-a lungul vieții noastre trebuie să ne bazăm pe alții pentru siguranță, confort și iubire. Ne formăm legături de atașament care ne afectează toate relațiile viitoare și suntem formați nu doar de propria suferință ca ființe umane, ci și, prin delegare, de suferința celorlalți. A fi om și a avea relații înseamnă a fi atins de supărarea, lamentarea, durerea și disperarea care se nasc din participarea la rețeaua vieții și limitările noastre biologice comune, inclusiv caracterul inevitabil al bolii, îmbătrânirii și morții.

Din curgerea aceasta învățăm să construim un „eu", un sentiment al sinelui ca vehicul de gestionare a informației senzoriale și participare la viața socială. Inevitabil, strategia aceasta duce la un sentiment de separare între sine și ceilalți. Adulți fiind, ne luptăm cu forță între dorința noastră de a destrăma dualitatea sine–ceilalți și aceea de a ne refugia în relații (Surrey și Jordan, 2012) în timp ce căutăm și siguranța pe care ne-o oferă retragerea în iluzia unui sine separat, independent.

Cultura occidentală este obsedată de caracterul central și de prim rang al

individului și de definirea sinelui și celuilalt în relaţii ierarhice și stratificate. Aceste constructe sociale: rasă, clasă, gen, orientare sexuală etc. influenţează și mai mult relaţiile noastre intime.

O analiză budistă a suferinţei interpersonale merge mai departe decât psihologiile contemporane, care consideră „ataşamentul sănătos“ sau „reciprocitatea” un remediu pentru suferinţa relaţională. Primul Adevăr Nobil al budismului (vezi Anexa) declară că suferinţa este inclusă în experienţa umană. Există o universalitate a suferinţei *interpersonale*, dat fiind că noi căutăm în permanenţă siguranţa într-o lume incontrolabilă, contingentă. În practica meditaţiei relaţionale, putem experimenta direct suferinţa interpersonală cu capacităţile vindecătoare ale mindfulness-ului și compasiunii. Trezindu-ne împreună, ne putem susţine reciproc pentru a găsi căile spre o mai mare uşurare și stare de bine. Paradoxal, recunoscând caracterul inevitabil al suferinţei, putem ajunge pe drumul spre libertatea emoţională — finalul suferinţei, experimentată direct și eliberată prin relaţionarea cu mindfulness cu celălalt.

Practica mindfulness-ului relaţional

Reperele pentru dialogul insight-ului, o practică de meditaţie angajată relaţional, sprijină practica mindfulness-ului relaţional și sunt aplicabile imediat practicii clinice. În acelaşi timp, reperele acestea oferă acces la niveluri foarte subtile ale mindfulness-ului și ne arată drumul către posibilitatea unei eliberări emoţionale și psihologice profunde, care merge până la rădăcinile suferinţei interpersonale. Chiar și psihoterapeuţii clinicieni maturi care încep să practice dialogul insight-ului ar putea descoperi profunzimi ale conștientizării relaţionale de neimaginat în prezent.

Abordarea dialogului insight-ului s-a născut din practica retragerii solitare din tradiţia budistă „theravada". Comeditaţia este introdusă ca o extensie a meditaţiei tăcute. Practica iniţială este o ocazie de a observa obstacolele emoţionale care apar când ne angajăm într-o întâlnire intimă faţă-în-faţă. După aceea, perechile de participanţi exersează ascultarea profundă și vorbirea autentică și contemplă împreună o serie de învăţături înţelepte. În decurs de poate 5–10 zile, încep să apară înţelegeri profunde cu privire la natura minţii (efemeritate, iluzia sinelui separat) și sunt experimentate deseori

calităţi ale trezirii, cum ar fi energia, bucuria şi liniştea (vezi Capitolul 4).

Repere pentru dialogul insight-ului

În continuare sunt prezentate instrucţiuni pentru dialogul insight-ului, o practică relaţională dezvoltată pentru practicanţii de meditaţie cu mindfulness în general, care poate fi adaptată pentru psihologii clinicieni în curs de pregătire, aflaţi la toate nivelurile de experienţă. Reperele acestea sunt oferite mai întâi de un profesor de meditaţie sau de un practicant, apoi sunt internalizate.

Ia o pauză

Invitaţia de *a lua o pauză* se referă atât la o pauză temporală de la gândurile şi reacţiile automate obişnuite, precum şi la revenirea la o atitudine sau reamintire a mindfulness-ului (*conştientizarea experienţei prezente* cu *acceptare* şi *compasiune*). Pauza permite conştientizarea vibraţiilor schimbătoare ale sinelui, ale celuilalt şi ale relaţiei, precum şi slăbirea identificării cu şi agăţării de reacţii emoţionale puternice şi construcţii mentale anterioare (vezi Capitolul 4). E o reamintire să cultivăm şi să susţinem mindfulness, clipă-de-clipă, să observăm când ne atrage altceva atenţia şi ce anume şi să o readucem iar şi iar asupra observării gândurilor şi sentimentelor, cu prospeţime şi curiozitate. În cadrul unui schimb verbal, pauza este deosebit de utilă pentru a încuraja starea de mindfulness înainte de a vorbi, în timp ce vorbim şi după ce am vorbit. Amploarea tăcerii din spatele vorbirii aduce profunzime şi

mindfulness la ceea ce ar putea deveni automat şi supus tiparului rolului de terapeut. Pauza poate părea la început deranjantă, pentru că reprezintă o provocare pentru obiceiurile şi modurile de a fi confortabile.

Relaxează-te

Instrucţiunile pentru *relaxare* ne invită să ne calmăm trupurile şi mintea şi să acceptăm şi să primim orice senzaţii, gânduri şi sentimente sunt prezente. Reperele acestea invită liniştea, dar, pentru că momentul contactului interpersonal nu este adesea senin, relaxarea are ca scop şi să cultive o atitudine de acceptare a gândurilor şi emoţiilor dificile. Relaxarea poate

contribui la concentrare, compasiune și grijă. Practica de relaxare a terapeutului oferă ușurință și profunzime pentru acel „a fi cu" care devine disponibil pacientului prin intimitatea relației. Descrierea făcută de Siegel (1999) terapeutului care liniștește stările negative și amplifică stările pozitive este relevantă aici.

Deschide-te

Când suntem deschişi, ne extindem starea de mindfulness dincolo de limitele minții și corpului, până la așa-numita lume *externă*. În practica relațională,

deschiderea este extinderea spațioasă a meditației în momentul relațional și în reciprocitate. Reamintirea necesității de a reveni la deschidere și o mai largă conștientizare poate fi o modalitate directă de a lucra cu închiderea sau retragerea conștientizării relaționale. *Deschiderea* servește ca memento că a ne închide doar în conștientizare interioară și a pierde firul conștientizării relaționale este în antiteză cu angajamentul de a fi prezent pentru celălalt și pentru intenția de „a fi cu". Mindfulness pentru fluxul acestei mișcări permanente de extindere și micșorare poate fi cunoscut și menținut, servind drept ghid pentru terapeut cu privire la calitățile mereu în schimbare ale mișcărilor și sprijinului relațional pentru aprofundarea legăturii empatice cu pacientul. Practicantul de mindfulness relațional se poate familiariza și poate deveni expert în mișcarea dintre mindfulness pentru fenomenele interne, pentru fenomenele externe și pentru ambele simultan. Astfel, scad șansele ca terapeutul să se piardă în sine sau în celălalt; empatia poate apărea cu mindfulness extern, în vreme ce conștientizarea internă a corpului poate rămâne fundamentată și stabilă.

Apariția încrederii

Instrucțiunile pentru *apariția încrederii* invită terapeutul (și, grație conexiunii

sale, pacientul) să renunțe la istoricul anterior și la planuri, să își înmoaie atitudinea de certitudine autoritară și să permită cunoașterea care apare în momentul prezent. În practica relațională, apariția unor noi înțelegeri profunde este coemergentă — nu pentru o persoană sau cealaltă de una singură, ci în relația care s-a creat între ele. Apariția încrederii susține calitatea descoperirii reciproce și oferă terapeutului și pacientului deopotrivă

invitaţia de a investiga şi de a descoperi, de a vedea împreună, de a sta împreună la marginea cunoaşterii creative, care iese la iveală în propriul timp şi propriul ritm, în conştientizarea clipă-de-clipă.

Ascultă profund

Ascultarea profundă, o practică de meditaţie în sine, este o invitaţie la a trata cu mindfulness obstacolele care stau în calea receptivităţii noastre depline şi de a te odihni în acordajul şi rezonanţa profunde, materializate, nonautoreferenţiale. Acest tip de ascultare este o practică de bază pentru psihologii clinicieni. Practicăm ascultarea receptivă, cu tot trupul, aplicată vorbirii, cuvintelor, mişcărilor şi expresiilor nonverbale şi întrupate ale celuilalt. În acelaşi timp, continuăm să tratăm cu mindfulness-ul aspectele interne schimbătoare ale ascultării, vederii, simţirii şi rezonării la unison — toate acestea fiind calităţi ale ascultării empatice. A învăţa să

ia o pauză când ascultă îi ajută pe psihoterapeuţii clinicieni să ofere o profunzime a atenţiei, concentrării şi amplorii relaţiei. Acest gen de atenţie este primit de pacient ca acceptare necondiţionată şi căldură lipsită de posesivitate (Rogers, 2008). Un terapeut format în metoda focalizării o descria ca pe „minimum de intruziune, maximum de însoţire" (J. Klagsburn, comunicare personală, 8 martie 2011).

Spune adevărul

Ultimul reper pentru dialogul insight-ului invită practicianul să aducă autenticitatea prezenţei şi vorbirii în relaţia de terapie. *Spune adevărul* şi *Ascultă profund* sunt întreţesute în practica relaţională. Terapeutul invită şi pacientul să fie autentic spunând adevărul despre sine. Factorii vindecători ai autenticităţii (Rogers, 2008) şi congruenţei (Norcross, 2011) sunt reciproc emergenţi şi apar împreună în relaţie. În plus, relaţia este eliberată treptat de rigiditate, superficialitate, impas sau stări cronice de deconectare (subtilă sau masivă) prin practica autenticităţii, care are la bază mindfulness-ul şi concentrarea. Miller şi Stiver (1997) descriu o cale către aprofundarea sau restabilirea legăturii când relaţia de terapie dă semne că s-ar fi blocat, e plină de înţepături, lipsită de viaţă sau în impas. Ei îi reamintesc terapeutului că găsirea „unui lucru adevărat" (ceva sincer şi autentic) care poate fi spus

oferă adesea o deschidere, o revenire la posibilitatea de mişcare şi de schimbare. Găsirea acestui adevăr subiectiv şi transpunerea lui într-un limbaj clar, proaspăt şi relevant angajează partenerii într-o relaţie reîntinerită cu cuvintele ca purtători de semnificaţie, compasiune şi conştientizare.

Factori ai trezirii și practicarea comeditației

Buddha a descris şapte factori ai trezirii (vezi Capitolul 3 şi Anexa) care apar natural odată cu maturizarea practicii mindfulness şi care pot fi cultivaţi direct în meditaţia relaţională. Aceştia sunt dezvoltaţi în mod deosebit în cadrul stagiilor de Dialog al insight-ului. Aceşti factori (mindfulness, investigarea experienţei fenomenale, energia, bucuria, liniştea, concentrarea şi calmul) sunt atinşi, dar nu realizaţi pe deplin, în cadrul terapiei obişnuite. Cultivarea acestor factori în meditaţia relaţională le amplifică puterea pe drumul către trezirea comună şi indică o nouă profunzime a practicii relaţionale pentru psihoterapeuţi.

Pe măsură ce practicianul dezvoltă factorii trezirii, experienţa sa din relaţia terapeutică trece prin schimbări calitative semnificative. Mindfulness-ul şi concentrarea cultivă, împreună, atenţia neîntreruptă pentru sine, celălalt şi relaţie. Având calitatea aceasta a conştientizării relaţionale, practicianul percepe mai clar şi

răspunde mai profund la nuanţele exprimării din ochii, vocea şi limbajul pacientului. Compasiunea şi grija se amplifică şi sunt echilibrate de calm. Când toţi factorii sunt puternici şi echilibraţi, mai ales dacă suntem angajaţi cu cineva care, la rândul său, meditează în felul acesta, putem trăi o stare de intimitate care nu are la bază construcţii emoţionale comune, ci are calitatea de a fi unit — o intimitate neconstruită a lui „nimic care să ne stea în drum". Punctul comun de referinţă nu mai este personalitatea şi precoupările acesteia, ci conştientizarea în sine.

În acelaşi timp, mindfulness-ul facilitează înţelegerea directă a naturii efemere a sinelui, celuilalt şi tuturor constructelor; acestea se transformă în fenomene care apar şi dispar, fără un miez central. Invenţiile protectoare ale personalităţii, chiar şi identificarea cu trupul ca sine, ar putea fi lăsate deoparte, făcând loc pentru experienţa comună a conştientizării luminoase,

simple și liniștite. O astfel de experiență lărgește semnificativ spectrul a ceea ce credeam posibil în cadrul relației. Faptul de a simți caracterul viu și pacea unui mod neconstruit, neprotejat de a fi alături de altul va avea un impact profund asupra vieții noastre zilnice și asupra activității noastre ca terapeuți.

În analiza lor amplă din 2011 cu privire la cercetările efectuate cu privire la beneficiile clinice ale mindfulness-ului, Davis și Hayes notează că nu au existat studii care să vizeze beneficiile experienței intersubiectivității sau *interființei*, deși

mișcarea de trecere de la alienare sau separare la experiența umană împărtășită este implicită în puterea vindecătoare a compasiunii. Alte studii cu privire la mindfulness-ul relațional ar putea contribui la identificarea și diferențierea unor factori specifici ai vindecării și la validarea valorii clinice a mindfulness-ului în relația de terapie.

---

[7] Recunoaștem munca în desfășurare a echipei de predare RIM (meditația insight-ului relațional) din cadrul Programelor Fundației Metta, mai ales a liderului echipei, Sharon Beckman-Brindley, în ceea ce privește conceptualizarea și realizarea dezvoltării acestor practici pentru psihologii clinicieni. Ceilalți membri ai echipei sunt: Phyllis Hicks, Mary Burns, Lori Ebert și Fabio Giommi; profesorul îndrumător este Gregory Kramer. Apreciem emergența relațională a activității citate în acest capitol și recunoaștem că tot corpul de cunoștințe nu poate fi atribuit complet unui individ sau doi.

CAPITOLUL 6

Etică aplicată

Stephanie P. Morgan

E în interesul tuturor să facă lucruri care conduc la fericire şi să le evite pe cele care duc la suferinţă. Şi pentru că, aşa cum am văzut, interesele noastre sunt inextricabil legate, suntem obligaţi să acceptăm etica drept interfaţa indispensabilă dintre dorinţa mea de a fi fericit şi dorinţa ta.

DALAI LAMA (1999)

Dintr-o perspectivă budistă, pregătirea etică este o componentă esenţială pentru a trăi cu pricepere şi fericit (Dalai Lama, 1999; Hanh, 2007). Deşi etica are locul ei în pregătirea occidentală în domeniul sănătăţii mentale, în accepţiunea generală nu are întinderea şi puterea de care se bucură în tradiţiile budiste. Capitolul acesta prezintă principalele trăsături ale instruirii etice budiste, examinează modurile în care abordarea personală a acestei discipline ne poate stimula abilităţile clinice şi explorează felul în care am putea aborda cu pricepere aspectele etice din vieţile

pacienţilor noştri. Îşi propune să formuleze întrebări într-o practică potenţial extrem de utilă nouă, atât personal, cât şi profesional. Se nasc mai multe întrebări decât cele care îşi găsesc răspunsul.

În pregătirea pentru sănătate mentală, discuţiile etice se concentrează, în general, asupra sprijinirii psihoterapeuţilor clinicieni să evite greşelile şi să nu aibă necazuri. Cum cultura noastră a devenit din ce în ce mai litigioasă, a crescut semnificativ numărul de cărţi, articole şi prezentări profesionale despre etică, deseori sub titulatura de *management al riscurilor*. Există însă un volum redus de literatură care să trateze modul în care consideraţiile etice ar putea ilumina întâlnirea terapeutică (Monteiro et al., 2010) sau ne-ar putea stimula starea de bine ca terapeuţi clinicieni (Devettere, 1993).

De ce tradiţiile noastre psihoterapeutice au o poziţie de neintervenţie privind etica? În Occident, moralitatea a fost privită, de regulă, ca o chestiune mai degrabă etică decât ştiinţifică. Pe măsură ce psihologia şi psihiatria au

dobândit un caracter ştiinţific din ce în ce mai pronunţat, aspectele de moralitate au fost lăsate voit deoparte. În plus, orice accent pus pe moralitate a fost privit ca o ameninţare la adresa valorii standard a psihoterapiei — libertatea individului. Şi totuşi, în ultimele două decenii, cercetările efectuate în domeniul psihologiei pozitive (Dahlsgaard, Peterson şi Seligman, 2005; Peterson şi Seligman, 2004) au demonstrat o corelaţie între

comportamentul etic şi fericire. Studiile indică o relaţie bilaterală între moralitate şi starea de bine: oamenii fericiţi au un comportament etic mai pronunţat, iar comportamentul etic conduce la o mai mare fericire (Diener şi Kesebir, 2008; James şi Chymis, 2004). Cu siguranţă, observaţiile acestea merită atenţia noastră de clinicieni medicali. Similar, psihologia budistă a recunoscut de multă vreme că motivaţia pentru comportamentul etic nu trebuie să derive dintr-o interdicţie limitativă, ci poate apărea ca urmare a înţelegerii faptului că un comportament moral ne poate creşte nivelul de fericire nouă şi altora. Acţiunea etică poate evolua din ceva ce *trebuie* să facă o persoană în ceva ce *vrea* persoana respectivă să facă.

Pregătirea etică budistă

Motivaţia aceasta — dorinţa de a ne creşte nivelul de bunăstare şi de fericire — este la baza înţelegerii budiste a comportamentului etic. Deşi tradiţia pune accentul pe comportamentul etic ca mijloc de a preveni sau reduce răul, descrie, de asemenea, felul în care comportamentul etic creşte nivelul de bunăstare. Conform învăţatului budist Andrew Olendzki (2012), *sănătatea morală* este considerată un aspect important al binelui general al persoanei. La fel cum alegerile comportamentale afectează sănătatea fizică, deciziile etice au efect asupra sănătăţii morale.

Pregătirea etică budistă este demnă de remarcat şi pentru accentul pus pe cercetarea personală. Atunci când ne supunem unei pregătiri etice, începem o investigaţie fenomenologică asupra cauzei şi efectului. După cum observa Owen Flanagan (2011), un învăţat moral contemporan, „budismul este religia care cere ca afirmaţiile pretins adevărate să fie verificate prin cercetare". Noi examinăm în propria experienţă ce se întâmplă când ne comportăm etic şi ce se întâmplă când nu o facem.

În plus, termenul *formare etică* transmite adecvat natura evolutivă a întreprinderii — un practician învaţă de-a lungul întregii vieţi, dezvoltând o sensibilitate morală din ce în ce mai puternică şi o mai mare capacitate de a trăi conform acestei conştientizări. Din perspectiva budistă a interdependenţei tuturor lucrurilor, etica reprezintă manifestarea comportamentală a unei bune testări a realităţii. După cum spunea Dalai Lama, „datorită interconectării fundamentale care stă la baza realităţii, ce te interesează pe tine mă interesează şi pe mine" (1999, p. 47).

Acţiunea morală se cultivă prin respectarea a cinci precepte elementare (Aitken, 1984; Hanh, 1998). În loc să fie interdicţii, preceptele acestea sunt repere pentru a trăi abil. Ele încadrează o disciplină care, atunci când e respectată, calmează mintea şi permite dezvoltarea a ceea ce Davis (2011) numeşte *sensibilitate morală*. Tradiţional, cele cinci precepte au fost descrise ca abţinerea de la (1) a

ucide, (2) a fura, (3) comportamente sexuale nepotrivite, (4) a minţi şi (5) a folosi substanţe intoxicante. În ultimele decenii, maestrul şi profesorul Zen

Thich Nhat Hanh (2007) a oferit o reformulare a acestor precepte astfel încât să vizeze realităţile şi provocările vieţii contemporane. În reformularea aceasta, reperele pentru un comportament înzestrat includ acte de împuternicire, precum şi de restricţionare:

1. A te abţine să ucizi — acţiune compătimitoare, respect pentru viaţă.

2. A te abţine să furi — preocupare pentru corectitudine, generozitate.

3. A te abţine să ai un comportament sexual nepotrivit — pricepere în folosirea energiei sexuale.

4. A te abţine să minţi — un discurs cinstit, abil.

5. A te abţine să foloseşti substanţe intoxicante — conştientizarea consumului.

Din perspectivă budistă, cultivarea sensibilităţii morale şi acţiunea morală abilă sunt existenţiale, evolutive şi acţionează în tandem. Pregătirea necesită atenţie şi efort în trei dimensiuni: concentrare (în sanscrită: *samadhi*), insight (*prajna*) şi acţiune morală (*sila*). Cunoscute tradiţional sub numele de *pregătire triplă*, aceste

dimensiuni sunt interdependente — fiecare le potenţează pe celelalte două. Respectarea preceptelor are un efect calmant, liniştitor în viaţa persoanei, fapt care sprijină concentrarea. O mai bună concentrare duce la o mai puternică înţelegere profundă, care, la rândul ei, ne aprofundează şi ne rafinează înţelegerea şi capacitatea de a întrupa preceptele. *Sila* sau practicarea moralităţii ne forţează şi ne dezvoltă înţelegerea, fiind, în acelaşi timp, o expresie a înţelegerii noastre (Olendzki, 2010). Noi *o muncim*, ca să spun aşa, şi ea *ne munceşte pe noi*. În plus, fiecare dintre precepte e înţeles ca reprezentând un continuum, oferind ocazia de a participa, exersa şi învăţa, rafinându-ne din ce în ce mai mult înţelepciunea şi abilităţile. A practica în baza acestor precepte presupune reflecţie, intenţionalitate a comportamentului şi conştientizarea cauzei şi efectului.

Practica aceasta presupune să ai grijă cu blândeţe. Descoperind că preceptele sunt, de fapt, imposibil de respectat, ne cultivăm umilinţa autentică. După

cum observă Davis (2011), „Abordarea aceasta experienţială a moralităţii este pe cât de solicitantă, pe atât de eliberatoare" (p. 12). Ne asumăm cele cinci precepte ştiind că vom da regulat greş, deşi, pe măsură ce înţelegem mai mult, vom acţiona mai des cu abilitate. Exersarea preceptelor ne deschide din ce în ce mai mult la ceea ce am putea numi *marginile practicii*. La aceste margini, ne şlefuim discernământul. Înţelegem mai multe despre cauzele, condiţiile şi rezultatele comportamentului nostru.

Ne exprimăm disponibilitatea de a o lua de la capăt, iar şi iar — aşa cum se întâmplă când încerci să fii, pur şi simplu, cu respiraţia în practica meditaţiei.

Există, de asemenea, o legătură între bucla feedback-ului observată în practica etică şi ceea ce observăm pe măsură ce se derulează o sesiune de terapie: cu cât suntem mai atenţi, cu atât observăm mai multe. Cu cât observăm mai multe, cu atât mai abil interacţionăm cu pacienţii noştri. Cu cât interacţionăm mai abil cu pacienţii, cu atât mai bogat e materialul care apare, ceea ce, la rândul său, invită la o atenţie şi mai rafinată. Deşi nivelul acesta de atenţie reprezintă o provocare, este, în acelaşi timp, însufleţitor şi adaugă prospeţime activităţii noastre de fiecare zi.

Pregătirea etică a terapeutului

Punctul de pornire pentru pregătirea etică este observarea propriului comportament, atât în cadrul, cât şi în afara cabinetului de consultaţie. Vom folosi fiecare dintre cele cinci precepte ca pe o lupă şi vom explora moduri în care lupa aceasta ne poate stimula şi rafina activitatea clinică. După cum spune Dalai Lama (1999): „E mult mai util să fim conştienţi de un singur neajuns în noi înşine decât de o mie de neajunsuri ale altcuiva. Căci, atunci când vina ne aparţine, suntem în măsură să ne corectăm" (p. 153). Urmează doar câteva dintre numeroasele moduri de a ne

explora comportamentul în decursul practicii clinice.

Primul precept: respect pentru viaţă

Jurământul lui Hippocrate spune: „În primul rând, nu voi face rău“. Chiar dacă aceasta e, cu siguranţă, intenţia noastră ca psihoterapeuţi, privind mai atent, vom observa că preceptul acesta e imposibil de respectat. Colegul meu, Ed Yeats, ne avertizează înţelept: „Când nu ne cunoaştem capacitatea de a face rău suntem cei mai periculoşi” (comunicare personală, 1995). Lucrând în mediul clinic cu preceptul acesta, vom investiga modurile în care acţiunile noastre pot fi, involuntar, nocive.

Lucrul cu furia

Cum facem faţă propriei furii atunci când apare în cadrul unei şedinţe? A observa că furia e prezentă reprezintă primul pas. Dacă respingem acest aspect al experienţei noastre, cresc şansele de a ne lăsa conduşi de furie într-un fel sau altul — fie că e vorba despre o reducere a empatiei, un răspuns nepotrivit sau o distanţare de pacient. Lucrând cu un pacient care obişnuia să anuleze, am descoperit că nu eram atât de promptă ca de obicei în apelurile pe care i le dădeam ulterior

pentru reprogramare. Devenind conştientă de comportamentul meu, am putut ridica problema în cadrul tratamentului, pentru explorare reciprocă.

Forme subtile de tratament nepotrivit

Ne poate fi de folos să încetăm a ne mai privi munca în ansamblu şi să examinăm calitatea îngrijirii pentru fiecare dintre pacienţii noştri. Cu toţii avem propriile standarde cu privire la punctualitate, răspunsul la telefon, modul cum ne încheiem şedinţele de terapie. Indiferent care ar fi linia de demarcaţie, există pacienţi pentru care linia e puţin mai jos? Când devenim conştienţi de acei indivizi ale căror programări suntem mai dispuşi să le modificăm sau cu care ne simţim mai confortabil să întârziem câteva minute, ne concentrăm asupra acelor comportamente mai puţin atente, ceea ce ne permite se devenim mai atenţi. Din cauza delăsării noastre, am putea exploata bunăvoinţa pacientului sau am putea relua o formă subtilă de neglijare familiară acestuia. Repet, acest prim precept e minunat pentru că ne invită să ne examinăm comportamentele la acest nivel mai subtil, crescând nivelul de coerenţă între intenţiile şi acţiunile noastre.

A face greşeli

Unul dintre adevărurile dure legate de psihoterapie e că facem greşeli. Terapeutul existenţial James Bugental (1987) face distincţia între vinovăţie *realistă* şi *nevrotică*. În cazul vinovăţiei realiste, resimţim un disconfort creativ când recunoaştem o greşeală şi învăţăm din ea. Ne provoacă să fim conştienţi că, deşi sunt şanse mari să fim mai buni în meseria noastră decât eram cu ani în urmă, probabil că acum suntem mai puţin capabili decât vom fi peste încă un an. Acesta e spiritul umilinţei în care acţionăm pe baza preceptelor practicii budiste. După cum spunea colega mea, Nancy Cahan: „Ştergi pe jos şi înveţi ce e de învăţat" (comunicare personală, 2011). O experienţă din timpul formării mele ilustrează accepţiunea aceasta:

Primeam la terapie o cusătorească ieşită la pensie, care îmi aprecia mult timpul şi atenţia. A început să îmi aducă mici cadouri cusute de mână. I-am mulţumit şi am încercat să îi explic că nu e nevoie de cadouri. Darurile continuau să sosească: un etui pentru ochelari din postav, o cutie de şerveţele din pânză. Am discutat dilema mea la supervizare şi am fost instruită să impun o limită, supervizorul meu spunându-mi că e lipsit de etică să continui să-i primesc darurile. M-a ascultat şi a încetat să îmi mai aducă daruri, însă, din păcate, a încetat şi să se mai aducă pe ea, renunţând la tratament. Prin faptul că am ţinut cu dinţii „de ce scrie la carte", am renunţat la conţinut. Dacă aveam

mai multă experienţă, aş fi găsit o modalitate de a rezolva dilema, abandonându-mă unui proces care ar fi fost mai întunecos, dar şi reciproc şi respectuos.

Aşa cum sugerează Schwartz şi Sharpe (2010): „Abilităţile morale şi voinţa, la fel ca abilităţile tehnice, se învaţă practicând meşteşugul" (p. 271).

Al doilea precept: bani şi echitate

Pentru ce suntem plătiţi?

În încercarea de a fi cinstiţi şi cu pacienţii noştri, şi cu noi înşine, ne-am putea pune întrebarea: „Pentru ce ne plătesc?“ Poate putem fi cu toţii de acord că unul dintre lucrurile pentru care ne plătesc pacienţii noştri este atenţia înzestrată. Intenţionăm să le oferim atenţia, însă avem, după cum spune Joan Halifax (1993), „minţi sucite şi inimi uituce” (p. 144). Când lucrăm cu preceptul acesta, ne asumăm că nu ne vom jefui pacienţii prin lipsa noastră de atenţie. Timpul este preţios. Gândiţi-vă la tariful orar şi împărţiţi-l la 50, dacă ţineţi şedinţe de 50 de minute. Aşadar, dacă tariful e de 100 de dolari, pacientul plăteşte 2 dolari pe minut. Dacă noi ne facem în minte lista de cumpărături, pacientul nostru nu beneficiază de întreaga valoare.

Deşi lipsa atenţiei din partea noastră poate trimite către alţi factori ai tratamentului, reflecţia aceasta dă o dimensiune suplimentară conştientizării noastre. Din nou, a lucra cu preceptul nu înseamnă să ne acuzăm, ci să ne privim cu atenţie motivaţiile, comportamentele, cauza şi efectul.

Mai există şi alte modalităţi prin care putem exploata timpul pacienţilor noştri. Punem mai multe întrebări când ni se vorbeşte despre ceva de care suntem interesaţi în mod deosebit, în scopuri personale? Faptul de a lucra cu preceptul acesta poate aduce atenţia cu mindfulness asupra întrebărilor pe care le punem şi motivului pentru care le punem. Dacă le punem dintr-o curiozitate pură sau pentru a ne satisface un anumit interes al nostru, corect e să ne abţinem. Un coleg mi-a povestit că şi-a întrebat odată terapeutul: „Întrebarea asta e pentru mine sau pentru tine?"

O problemă similară apare în cazul conţinutului agreabil. Când un pacient este distractiv sau amuzant, ne place să stăm liniştiţi şi să ne bucurăm de

experienţă. Când cineva se îndrăgostește, suntem încântaţi să aflăm toate detaliile intoxicante. Din nou, avem de-a face aici cu aspecte delicate și nuanţate. Încântarea noastră nu este neapărat problematică și oamenii vor să fie plăcuţi. Ambele dinamici pot fi tocmai medicamentul potrivit. Dar vrem să monitorizăm ce ni se întâmplă și să ne observăm motivele din momentul respectiv.

Onorariile

Acest al doilea precept privind echitatea ne oferă și o lentilă prin care ne putem studia onorariile. E esenţial și potrivit să fim plătiţi pentru munca pe care o depunem. Plata și limitele de timp ne permit să stăm cu pacienţii într-un mod pe care filosoful Paul Russell îl numea „lipsit de nevoi". Valoarea aceasta nu poate fi supraestimată. O persoană plătește pentru a fi într-o relaţie unde noi nu avem nevoie de nimic de la ea și nici nu avem nevoie ca pacientul nostru să însemne ceva pentru noi. Și totuși, pe teritoriul complicat al onorariilor și plăţilor, a lucra cu acest al doilea precept presupune:

• Să ne privim activitatea ca pe un sistem ecologic, în care onorariile mai mari ne permit să oferim unele servicii pentru onorarii mai mici. În formarea pentru asistenţă socială, tradiţia muncii pro bono este un simbol al profesiei. A lucra cu preceptul acesta implică exercitarea generozităţii cu timpul și eforturile noastre.

• Să știm cum stăm, pe ce ne bazăm și la ce suntem vulnerabili în materie de bani. Suntem prea preocupaţi de bani? Nu suntem suficient de atenţi la astfel de probleme? Dacă nu suntem conștienţi de înclinaţiile noastre, ele vor

ieși la iveală în cadrul tratamentului.

• Să ne analizăm chestiunile materiale cu terţi plătitori și autoritatea de impozitare. Avem standarde consecvente sau aplicăm standarde diferite?

Al treilea precept: competenţă privind sexualitatea

Acest precept se referă la abţinerea de la orice implicare într-o relaţie sexuală cu pacienţii noștri. Pentru a putea rafina zona aceasta, e necesar să recunoaștem puterea energiei sexuale și să ne angajăm să dezvoltăm

compasiune şi înţelepciune în jurul ei. Terapeuţi fiind, pentru pacienţii noştri e un dar important să fim iubitori şi să putem fi iubiţi în siguranţă. Prin *să putem fi iubiţi în siguranţă* vreau să spun că pacienţii noştri pot avea toată gama de sentimente, printre care se pot număra iubirea şi dorinţa. Conştientizarea ne ajută să fim puternici şi receptivi la gama aceasta completă de expresii, fără a ne părăsi în timpul acesta locul.

Lucrând în baza acestui precept, încercăm să ne abţinem de la a ne folosi pacienţii pentru propria plăcere. Dacă observăm că facem ceva neobişnuit cu înfăţişarea noastră sau cu orice altceva în anticiparea întâlnirii cu un anumit pacient, acest fapt ar putea indica nevoia de mai multă atenţie la motivaţiile noastre. Comportamentul nostru indică vreo foame, lipsă sau dimensiune a sentimentului din

propria noastră viaţă, care necesită atenţie?

O studentă frumoasă care era în terapie mi-a împărtăşit că terapeutul ei de vârstă mijlocie exclamase: „Semeni atât de mult cu iubita mea de la facultate!" Îşi amintea de acest fapt pentru că i se păruse deplasat, dar se îndoise de propria reacţie, dat fiind că, în general, avea încredere în terapeutul ei şi simţea că acesta o ajută. Comportamentul acesta, fără a reprezenta o încălcare flagrantă a limitelor, indică modurile în care, dacă nu suntem conştienţi, neatenţia noastră cu energia sexuală poate diminua încrederea pe care ne-o acordă pacientul. A lucra în baza acestui precept implică să avem grijă cu sentimentele şi impulsurile noastre.

Energia de flirt

Preceptul acesta ridică şi chestiunea relaţiei cu energia de flirt. Energia de flirt poate reprezenta atât de multe lucruri diferite, în cadrul şi în afara şedinţei de terapie. Este oare o sărbătorire a vieţii şi vitalităţii? Este o modalitate potolită şi obişnuită de a relaţiona? E vorba despre o evitare a durerii, care merită atenţie? Este o formă mascată de agresiune? În cazul multora dintre noi, confortul sau disconfortul reflex faţă de energia sexuală ne poate inhiba conştientizarea şi investigaţia. E posibil să ne desprindem fie închizându-ne din reflex, fie participând cu un nivel

inferior de conştientizare. Pentru a naviga înţelept prin apele acestea, e nevoie

de atenţie şi exerciţiu.

Caracterul jucăuş poate fi o afirmare a vieţii. Am observat că au existat situaţii în care am lucrat o vreme cu cineva şi, brusc, într-o zi, văd persoana respectivă într-un fel nou, mai atrăgător. Conştientizarea acestei energii noi este deseori un semn că persoana se simte mai bine — e mai puţin deprimată sau mai puţin anxioasă.

Dacă energia de flirt pare a fi un mecanism de apărare împotriva vulnerabilităţii subiacente, recunoaşterea graţioasă poate fi utilă. De exemplu: „Deşi mă simt flatată că flirtezi cu mine, poate că inima ta are nevoie de un alt tip de atenţie“. Când flirtul pare deconectat şi deconectant, ar putea exista o ostilitate în spate. În încercarea de a răspunde eficient la forma aceasta de flirt, ne simţim deseori legaţi şi inconfortabil. În astfel de situaţii, introducerea unei perspective existenţiale poate fi de folos. Uneori, găsesc o modalitate de a aduce vorba despre îmbătrânire sau moarte. Când lucram cu un director executiv puternic, în jur de 60 de ani, mă chinuiam deseori şi mă simţeam lipsită de putere şi ineficientă în faţa bufoneriilor sale. Într-o zi, i-am spus, pur şi simplu: „Ştii, amândoi îmbătrânim”. Adevărul acesta existenţial a avut un efect liniştitor important şi ne-a fundamentat legătura în ceva real.

Al patrulea precept: discursul abil

Al patrulea precept, cel al discursului abil, are, probabil, cele mai multe ramificaţii pentru psihoterapie. Ce spunem sau nu spunem este o trăsătură centrală a întâlnirii terapeutice. Cel mai important: încrederea pe care o transmitem este esenţială pentru puterea terapeutică a relaţiei.

Onestitatea

Joseph Goldstein, un profesor de meditaţie *vipassana* înţelept şi experimentat, a spus cândva că dacă am respecta întru totul preceptul acesta, ar fi vorba despre o practică deplină — însemnând că ar cultiva suficientă conştientizare şi discernământ pentru a aduce iluminare. Minţim câte puţin în permanenţă. Practica preceptului ne pune să ne uităm în oglindă. Ce includem în explicaţiile pentru o rambursare de taxe? Suntem chiar impecabili în relaţia cu asigurătorii? Care sunt implicaţiile când nu suntem complet sinceri cu pacienţii noştri?

Onestitatea pură ne ajută activitatea să avanseze. Îmi aduc aminte de un moment chiar din tratamentul meu. Priveam în jos, vorbeam despre ceva și mi-am ridicat întâmplător privirea și am simțit că terapeutul era atent la altceva. Am întrebat: „Unde te-ai dus?“ Ea mi-a răspuns: „Nu prea departe”. Mi-a plăcut ce a zis,

pentru că m-am simțit perfect întâmpinată în momentul respectiv. Sinceritatea ei a îmbogățit apropierea și autenticitatea din relația noastră.

Când putem ieși în față să ne recunoaștem greșelile, acest fapt atrage adesea după sine și disconfort, și o mai mare intimitate. Cu luni în urmă, aveam stabilită o ședință telefonică la o oră la care nu lucrez de obicei. Mi-am adus aminte după câteva ore. În timp ce mă pregăteam să îmi sun pacienta, m-am gândit la numeroasele moduri în care aș putea da un motiv pentru ce se întâmplase. Desigur, niciunul nu părea satisfăcător, dat fiind că niciunul nu era adevărat. Am sunat-o și i-am spus: „Jean, am uitat complet.“ Facem tot ce putem, iar când dăm greș, preceptul acesta ne invită să fim sinceri în privința lucrurilor, așa cum sunt ele. În contextul tratamentului responsabil, oamenii pot, în general, să ne ierte imperfecțiunea. Desigur, există momente în care sinceritatea brută nu este potrivită și poate răni. Însă motivația pentru micile noastre minciuni nevinovate reflectă cel mai adesea ceea ce Steven Pinker (2008) descrie ca „o tendință neplăcută de a se pune pe sine alături de îngeri” (p. 58).

Abținerea de la vorbirea frivolă

A lucra cu preceptul discursului presupune și o examinare a discursului frivol

— vorbirea inutilă, care poate diminua bogăția unui moment. Uneori, textura tăcerii e mai bine să fie lăsată netulburată, dat fiind că o tăcere împărtășită poate naște o aprofundare a exprimării. Când suntem complet disponibili să însoțim un pacient în liniște, am putea să îl ajutăm să își găsească libertatea fiind, pur și simplu.

La începutul și la sfârșitul orei, cresc șansele de a cădea în capcana unor tipare discursive reflexive. Vrem să transmitem căldură, însă aceasta poate fi transmisă mai eficient prin contactul vizual, cuprinzând persoana cu totul când o întâmpinăm, în loc să o întâmpinăm cu o „urare de bun venit" mai

convenţională din punct de vedere social. Chiar dacă o persoană este uneori ajutată de o conversaţie prietenoasă să se simtă mai în largul său la şedinţă, vrem să fim conştienţi de ce anume ne motivează discuţia. La fel, finalul unei şedinţe poate fi o ocazie să fim mai atenţi la discurs. Au existat momente în care m-am ridicat şi am condus persoana la uşă într-un mod care nu se potrivea cu afectul şedinţei pe care tocmai o avusesem, când am căzut într-o modalitate mai puţin prezentă, condiţionată social, de a-mi lua la revedere. Exersarea discursului ne sprijină în demersul nostru de a ne extinde atenţia asupra interacţiunilor tranziţionale care fac parte din întâlnirea terapeutică.

Dezvăluirea

Profesorii de meditaţie spun deseori că discursul abil ne impune să punem două întrebări: (1) E sincer? (2) E abil? Am analizat onestitatea. Explorarea dezvăluirii ne poartă către chestiunea abilităţii. Va fi utilă informaţia şi oare e bine să folosim timpul limitat al pacientului cu noi? Deseori, când dezvăluim ceva în mod neaşteptat, faptul acesta reflectă ceea ce Joseph Goldstein (2010) denumeşte „dorinţa irezistibilă, plină-de-idei, de a spune «Uite-mă»". Astfel de comentarii aduc rareori ceva în plus experienţei pacientului.

În ciuda faptului că nu există reţete prestabilite privind dezvăluirea, faptul de a opta pentru abţinere ne oferă spaţiul şi timpul necesare pentru a fi conştienţi de motivaţiile noastre şi pentru a avea în vedere consecinţele. Cu siguranţă, când lipsa dezvăluirii contribuie la absenţa testării realităţii, tăcerea poate fi nocivă. În plus, există situaţii în care clientul ne pune o întrebare şi un răspuns direct îl ajută să resimtă reciprocitate şi respect în cadrul relaţiei. Când avem dubii dacă să dezvăluim sau nu, mai avem şi o a treia opţiune, aceea de a ne împărtăşi procesul de deliberare.

Al cincilea precept: consumul marcat de atitudinea mindfulness

Acest precept se referă la abţinerea de la a folosi orice substanţe care ar putea

întuneca mintea şi, aş adăuga eu, inima. E evident că, dacă ne luptăm cu abuzul de substanţe, în viaţa noastră există un nivel de durere care ne va afecta capacitatea de a fi întru totul cu altcineva.

În sens mai larg şi subtil, preceptul acesta se referă la tot ce consumăm. Ne

deschide spre a examina ce ingerăm cu fiecare dintre simţurile noastre. După cum se spune: „Suntem ce mâncăm". Facem cea mai bună treabă atunci când avem grijă de noi. Pe lângă mâncarea sănătoasă pe care o consumăm, putem analiza materialele pe care le citim, informaţiile din mass-media pe care le preluăm, măsura în care ne hrănim pe deplin sinele. Privind cu atenţie în zona aceasta, putem vedea ce impact are consumul marcat de atitudinea mindfulness asupra activităţii noastre, precum şi asupra stării noastre de bine în general.

Avem cu toţii parte de momente în care ne luptăm cu vitregiile vieţii şi ne simţim epuizaţi. Observăm că nu suntem prezenţi în aceeaşi măsură sau că ne căutăm ceva care să ne ofere o stimulare suplimentară în cadrul orei de terapie. Poate că ne trezim punând mai multe întrebări sau devenim excesiv de activi într-un mod care nu răspunde pacientului nostru, ci este o tentativă de a ne trezi nouă înşine energia. Sau privim spre pacienţii noştri după ceva ce ar trebui să căutăm în altă parte. După cum comenta Warkentin (1972), „dacă nu avem grijă de inimile noastre, nu le oferim pacienţilor noştri decât o mână goală" (p. 254). Îngrijirea

inimii este o provocare în contextul greutăţilor din vieţile noastre zilnice. Poate că trebuie să ne hrănim cu o muzică revitalizantă, cu linişte, cu timp petrecut în natură sau cultivându-ne prietenia. În baza acestui precept, privim cauza şi efectul şi atunci când avem grijă de noi, şi atunci când nu o facem. Cu ani în urmă, un coleg revenise la serviciu după ce fusese plecat vreme de o săptămână la un curs de meditaţie. Ne-a relatat că unul dintre pacienţii săi (care nu ştiuse despre curs) îl privise în mijlocul şedinţei şi îi spusese: „Mă asculţi altfel".

Când lucrăm cu pacienţi foarte dificili, s-ar putea să fie nevoie să fim deosebit de atenţi cu noi înşine — de exemplu, acordându-ne nişte timp liber înainte sau după şedinţă. Faptul de a avea la dispoziţie la cabinet o carte înţeleaptă şi inspiratoare, din care să putem citi câteva minute, e, de asemenea, o formă de îngrijire. O plimbare făcută într-o stare de mindfulness între şedinţe, chiar şi vreme de 5 minute, în cabinet, poate fi, la fel, un sprijin neprețuit pentru reîmprospătarea energiei şi intenţiei.

Beneficiile aplicării preceptelor

Am analizat moduri specifice în care aprecierea şi aplicarea celor cinci precepte etice ne poate inspira activitatea clinică. Există, de asemenea, implicaţii mai

ample şi mai profunde. Când activăm această lentilă a examinării şi practicii, apare o integritate din ce în ce mai profundă care ne informează cum stăm cu cineva. Aplicarea preceptelor:

• Ne susţine pentru dezvoltarea încrederii. Avem mai multă încredere în noi şi ne temem mai puţin, suntem mai dispuşi să ne angajăm alături de pacienţii noştri.

• Ne cultivă umilinţa autentică, pentru că suntem intim conştienţi de propriile greşeli, de limitele practicii noastre.

• Ne fundamentează intervenţiile pe respect şi reciprocitate. Chiar dacă suntem conştienţi că pacientul merge pe alt drum, conştientizăm şi paşii noştri zilnici, şi faptul că avem sub picioare acelaşi pământ.

• Ne încurajează o prezenţă deplină, mai puţin împovărată de anxietate şi temeri. Suntem mai liberi să fim atenţi la persoana din faţa noastră.

• Ne hrăneşte încrederea în capacitatea noastră de a ne spori înţelepciunea şi compasiunea. Cu cât exersăm mai mult, cu atât observăm mai mult şi înţelegem mai mult.

Aspecte etice legate de pacienții noștri

„Vreau să știu cum să trăiesc." Aceasta e afirmaţia puternică a unui bărbat de vârstă mijlocie, aflat la un punct critic al vieţii sale, care reflecta de pe terenul arid al unei căsnicii terminate, al unei vieţi fărâmate. Nu cerea sfaturi; mai degrabă, se definea în momentul respectiv cu afirmaţia aceasta simplă. Declaraţia sa e o introducere potrivită pentru această ultimă secţiune a capitolului. Felul *cum* trăim noi, cum trăiesc pacienţii noştri are un impact puternic asupra traiectoriei vieţilor noastre şi a ceea ce simţim pentru noi, pentru ceilalţi şi pentru viaţă.

Cum procedăm în privinţa consideraţiilor morale legate de vieţile pacienţilor noştri? În mod tradiţional, psihoterapia a fost descrisă ca fiind neutră în privinţa valorilor. Stând în cabinetele noastre şi făcând munca de tranşee a breslei noastre, ştim că lucrurile nu stau aşa. Intervenţiile noastre depind în permanenţă de judecăţile de valoare despre ce e mai util sau mai puţin util. Cei mai mulţi dintre noi nu se sfiesc să sugereze că e mai bine pentru o persoană deprimată să facă mişcare decât să se uite la televizor, sau ca o persoană care suferă de anxietate să lucreze cu teama ei în loc să îşi construiască viaţa astfel încât să o evite. Acest tip de îndrumare care, cu ani în urmă, ar fi putut fi considerată inadecvată, ca fiind directivă şi propagandistă, face acum parte din norme, graţie datelor care demonstrează importanţa opţiunilor comportamentale. Atenţia acordată în prezent practicii gratitudinii este un alt exemplu. Terapeuţii clinicieni nu îşi sfătuiesc pacienţii să înceapă

să ţină jurnale ale recunoştinţei dintr-o poziţie de superioritate moralizatoare, ci pentru că rezultatele cercetărilor demonstrează că intervenţia aceasta îi poate ajuta pe oameni să se simtă mai bine. Acumularea observaţiilor că valorile şi comportamentul influenţează starea de bine fac din etică o chestiune terapeutică relevantă.

Categoric, nu suntem în măsură să judecăm. Sanctitatea unui spaţiu relaţional în care o persoană este întâmpinată cu acceptare consecventă şi o privire pozitivă stă la baza psihoterapiei. Şi nu avem cum să ştim suficiente detalii despre situaţia altcuiva pentru a-i judeca acţiunile aşa cum se cuvine (Dalai

Lama, 1999). Totuşi, terapeuţii nu trebuie să ocolească explorarea chestiunilor etice alături de pacienţii lor de teamă să nu pară că fac poliţie morală. Psihologia budistă şi, mai recent, cercetările în domeniul psihologiei pozitive, subliniază riscurile existente aici, dat fiind că ambele discipline consideră că alinierea la valorile şi practicile etice este esenţială pentru a fi fericit. Etica defineşte calitatea grijii de care dăm dovadă în relaţia cu ceilalţi şi cu noi înşine. Când închidem ochii la examinarea aspectelor etice, ignorăm o sursă puternică de suferinţă şi o resursă puternică pentru bunăstare.

Nesiguranţa

Aspectele etice ne conduc la nesiguranţă. Deseori, calea acţiunii etice nu este marcată, răspunsurile-clişeu sunt neîndemânatice şi suntem provocaţi să ne rafinăm discernământul. Învăţăturile etice din tradiţiile psihoterapeutică occidentală şi a meditaţiei budiste subliniază că, datorită trăsăturilor unice ale condiţiilor şi interacţiunii sociale, suntem deseori puşi în situaţia în care reperele şi regulile noastre nu se potrivesc (Bond, 2000; Dalai Lama, 1999; Pope şi Vasquez, 2011; Schwartz şi Sharpe, 2010; West 2012). Suntem obligaţi să găsim o modalitate de la lucra *cu* cerinţele situaţiei care să evite extremele pe care Dalai Lama (1999) le numeşte „absolutism crud şi relativism trivial" (p. 28).

Consideraţii

Deşi nu există o hartă care să ne arate cum să abordăm chestiunile acestea cu pacienţii noştri, există consideraţii care ne pot ajuta. După cum am spus mai devreme, faptul că lucrăm noi înşine în baza preceptelor etice ne ajută să fim înţelegători şi smeriţi când analizăm aceste aspecte. Conştienţi fiind intim de propriile limite în extindere, suntem mai în măsură să ne abordăm pacienţii într-un mod autentic respectuos. Motivaţiile noastre trebuie să ne fie limpezi. Dacă ne simţim critici, supăraţi sau puşi la încercare, e o decizie înţeleaptă să apelăm la sprijinul

supervizării sau al colegilor pentru a ne recăpăta echilibrul şi empatia înainte de a trata o problemă. Trebuie să includem în ecuaţie calitatea legăturii noastre, măsura în care avem o alianţă funcţională.

Alegerea momentului este şi ea importantă. Deseori, la începutul

tratamentului, am putea auzi ceva care ne îngrijorează, dar avem sentimentul (sau ni se spune) că e prea devreme să abordăm chestiunea respectivă. Uneori, acel material al pacientului se derulează în secret şi avem senzaţia că nu îl putem aduce în discuţie. În situaţia aceasta, o variantă e să recunoaştem respectuos că persoana nu doreşte să exploreze ceva la momentul respectiv, dar să obţinem permisiunea sa de a relua ulterior chestiunea. De exemplu, o femeie care tocmai începuse tratamentul a venit la a treia şedinţă spunând că a întârziat, în parte pentru că i-a fost greu să se trezească. Apoi m-a privit în ochi şi mi-a spus: „Îmi dau seama că nu vreau să vorbesc despre faptul că folosesc Ambien[8], pentru că nu vreau să te atingi de Ambien“. I-am ascultat spusele şi am zis: „Putem să punem un mic semn acolo, deocamdată?”

Fundamentarea pe experienţa directă

În cartea sa referitoare la etică, Dalai Lama (1999) spunea: „Comportamentul

etic nu este ceva ce facem pentru că e cumva corect în sine… Un sistem etic semnificativ rupt de fundamentarea în experienţa suferinţei şi a fericirii este greu de imaginat" (p. 147). Provocarea cea mai importantă când vine vorba să ne ajutăm pacienţii să lucreze cu problemele etice este găsirea unei modalităţi prin care să încurajăm acest tip de experienţă directă, mişcătoare. Aşa cum am spus anterior, practica mindfulness poate creşte sensibilitatea morală, iar sensibilitatea aceasta poate duce la acţiune pricepută, pe baza căreia se ajunge la un mindfulness mai extins. Chiar dacă am putea să ne dorim ca toţi pacienţii noştri să se apuce de meditat, unii nu o vor face.

Ce altceva mai putem face pentru a cultiva mindfulness-ul etic? Cum putem sprijini angajamentul faţă de şi învăţarea din experienţa directă, trăită în loc de a insista asupra ideilor despre experienţă? Am putea sugera, la începutul şedinţei, să alocăm un moment doar pentru a ne sincroniza şi a respira împreună, facilitând astfel un contact mai profund. Am mai putea sugera asta şi când un pacient pare deosebit de prins de firul unei relatări sau distant în raport cu sentimentele. Întrebarea respectuoasă: „Am putea să ne alocăm împreună un moment, ca să luăm o pauză şi să vedem cum te simţi în momentul acesta?" ar putea aprofunda accesul pacientului la experienţa sa directă. Pentru unii oameni, invitaţia de a verifica senzaţiile corpului poate contribui la accesarea pulsului momentului.

Putem facilita şi mai mult contactul aprofundat, sugerându-le pacienţilor noştri să ţină un jurnal pentru una sau mai multe dintre întrebările următoare:

• Ce lucruri faci, care te distanţează de sinele tău mai profund?

• Ce lucruri faci pentru a te conecta mai bine la cunoaşterea ta profundă?

• Ce lucruri ai făcut sau nu ai făcut, care au contribuit la suferinţa ta săptămâna aceasta?

• Ce lucruri ai făcut sau nu ai făcut, care au contribuit la fericirea ta săptămâna aceasta?

De observat că sunt incluse şi acte de reţinere, precum şi acte de permisiune. Încercăm să facilităm un mindfulness mai extins, mai mult contact direct cu experienţa trăită în loc de a ne concentra asupra ideii de experienţă. După cum observă Jake Davis (2011): „Practica mindfulness ne poate oferi o cale materială şi experienţială de a şti care modalităţi de a acţiona ne sunt benefice" (p. 1). Facem tot ce putem pentru a-i ajuta pe pacienţii noştri să găsească drumul către o cunoaştere mai profundă.

Comportamentul dăunător

Ca terapeuţi, suntem obligaţi să încercăm să împiedicăm comportamentul criminal şi suicidar şi să raportăm abuzul şi neglijarea copiilor sau vârstnicilor. Şi totuşi, există un continuum vast de comportamente dăunătoare care au un efect negativ asupra vieţii persoanei şi pe care nu suntem obligaţi să le abordăm. Dacă ne întoarcem privirea de la aceste comportamente distructive, am putea fi, involuntar, complicii sentimentului de neputinţă şi de disperare al pacientului în faţa unei acţiuni nocive.

Dependenţele reprezintă unul dintre cele mai clare exemple ale acestui fenomen, iar reperele profesionale ne dau puterea de a le trata. La Alcoolicii Anonimi (AA), colegii te pot întreba: „Ce rol are pentru tine comportamentul acesta?“ Întrebarea cuprinde o provocare şi respect deopotrivă. Uneori, noi, terapeuţii clinicieni, putem apela la înalta ţinută morală a abţinerii de la a emite judecăţi când, de fapt, ne coalizăm cu pacienţii noştri pentru a nega că în cameră s-ar afla un elefant. Poate o facem pentru a evita disconfortul sau,

mai rău, pentru a perpetua un status quo în care pacientul e păcălit să creadă că „lucrează ca să-și rezolve problemele”, câtă vreme noi continuăm să ne încasăm onorariul pentru fiecare ședință de terapie.

Sunt umilită de experiența cu un pacient pe care l-am primit vreme de un deceniu, timp în care dependența i s-a agravat, în ciuda consultațiilor, întâlnirilor

AA și explorării nesfârșite. Nu există răspunsuri simple și fiecare situație e diferită. Punem piciorul în prag și condiționăm tratamentul de „parcurgerea programului“ de către persoana respectivă? O asemenea postură în alb și negru elimină avantajul unei relații bune de tratament în cadrul procesului de recuperare. Pe de altă parte, nu trebuie să închidem ochii la încercarea de a ne atrage în negare și minimizare. Nu vrem să cădem pradă unui „somn etic”, cum îl numesc Pope și Vasquez (2011, p. 2), prin care să evităm responsabilitatea pentru tratarea aspectelor dificile. Iată câteva întrebări de avut în minte:

• Care e traiectoria tratamentului?

• Persoana se gândește și simte mai mult sau mai puțin cu privire la situația sa?

• Ce se întâmplă cu serviciul și relațiile persoanei? Lucrurile se ameliorează sau merg mai rău?

Înțelepciunea ne poate conduce către o cale de mijloc: practicarea acceptării complete a persoanei în cabinet, însă fără a ne sfii să analizăm cauzele și efectele acțiunilor. Ca să o parafrazez pe Marsha Linehan (2009): „Iubește persoana, dezaprobă comportamentele".

A fi martor

Să lucrezi cu pricepere presupune să nu faci rău abandonând și, în același timp, să fii cinstit și angajat față de răul la care asistăm. Un tânăr care crescuse într-o familie alcoolică abuzivă a venit inițial la tratament pentru anxietate socială, dar, cu timpul, a dezvăluit că era dependent de jocurile de noroc. De asemenea, era conștient că familia îi privește succesul profesional

din ce în ce mai mare ca pe un semn de neloialitate şi avea sentimente conflictuale legate de faptul că-i mergea bine. După ce şi-a cumpărat o casă (familia lui nu avusese vreodată una în proprietate), s-a gândit că o distruge, că nu o întreţine la fel de bine cum făcuse cu locuinţa închiriată. Cu umorul lui caracteristic, a declarat maliţios: „Vreau să mă asigur că nu am o părere prea bună despre viaţa mea“. L-am întrebat dacă asta e şi una dintre funcţiile jocurilor de noroc. Iniţial, s-a supărat la auzul întrebării, dar în săptămâna următoare am reluat ideea. Un fost pacient a revenit pentru tratament spunând că voia să renunţe la căsnicia lui de 25 de ani pentru că îşi găsise „sufletul-pereche”, o colegă de serviciu cu care avea o relaţie. Îmi aduc aminte cum am început să mă închid în timpul şedinţei. Nu voiam să par că îl judec, dar, prin faptul că tăceam, mă desprindeam. Când am observat închiderea, m-am reconectat la respiraţie ca metodă de a rămâne vie în momentul respectiv. Apoi mi-am amintit, alături

de el, când ne văzuserăm ultima dată, cu ani în urmă, că folosise exact aceleaşi cuvinte pentru a descrie o femeie cu care avusese o scurtă aventură. Nu prea voia să audă asta din partea mea la momentul respectiv. Şi totuşi, astfel ni s-a aprofundat conversaţia.

Care e limita practicii aici? Presupune renunţarea activă. Ne acceptăm neputinţa (ne vedem o dată sau de două ori pe săptămână, încercăm să întrerupem un comportament care e practicat şi întărit în fiecare zi). Încercăm să trecem de la o neputinţă *în raport cu* un comportament la încercarea de a înţelege un comportament. Ne oferim să fim cineva care, în viaţa reală a pacientului, spune adevărul fără furia unui partener rănit şi care acceptă fără negarea împărtăşită a unui amic de pahar.

Onestitatea fără compasiune duce la judecată. Compasiunea fără onestitate duce la complicitate. Nici judecata şi nici complicitatea nu sunt utile. Practica noastră este aceea de a privi oscilaţia continuă, rămânând angajaţi. E dificil. Aici este deosebit de utilă practica noastră personală de mindfulness. E o cale de mijloc, dificilă. O doză de reflecţie ne poate ajuta să rămânem prezenţi şi să acţionăm abil:

• Ne *conducem* pacientul în loc să ne *conectăm* cu el? Uneori, devenim

conştienţi de poziţia aceasta doar atunci când se sfârşeşte o şedinţă. Pacientul

pleacă, dar noi avem senzaţia distinctă că nici măcar nu a venit cu totul. Dacă ne confruntăm cu dilema aceasta şi nu ştim cum să o rezolvăm, îi putem vorbi. Uneori, simpla afirmaţie: „Simt o distanţă mai mare între noi… tu ce simţi?" poate fi primul pas către restabilirea legăturii.

• Vorbim prea mult? Vorbim *către* pacient în loc să vorbim *cu* el? Dacă da, ce se întâmplă? În general, sunt puţine lucruri pe care le putem spune care să nu fi fost deja spuse. Cuvintele noastre au cea mai mare utilitate dacă pot cultiva o experienţă nouă sau proaspătă.

• Ne-a pierit tot cheful din cauza comportamentului lipsit de interes şi inapt al pacientului? Revenirea la propria respiraţie şi trăirea directă a vitalităţii noastre ne poate ajuta să ne reconectăm.

• Ascultăm *spusele* pacientului în loc să ascultăm *cu* el? Atunci când spun că ascultăm *spusele* unei persoane vreau să zic că nu ascultăm cu adevărat în sensul de a o inhala, astfel încât să fim mişcaţi sau afectaţi de cea ce spune. În astfel de momente, se întâmplă adesea ca nici pacientul să nu se asculte pe sine. Ne-am gestionat tristeţea, furia sau teama de distrugerea repetată îndepărtându-ne. Faptul că observăm este primul pas către a reveni la ceva care e *real*.

• Dacă ne simţim prinşi sau asaltaţi de o dilemă referitoare la ce ar fi, în momentul respectiv, benefic, putem discuta despre asta cu pacientul. Recunoaşterea unei dileme comune dă putere ambelor părţi.

• Discutarea unui caz cu un coleg sau la supervizare ne provoacă reticenţă? Dacă da, de ce? E vorba de ruşine indusă, mai degrabă decât explorată, în cadrul acestui tratament? Ne vom simţi uşuraţi amintindu-ne că nu există răspunsuri simple. Întotdeauna prinde bine încă o pereche de ochi şi urechi.

În cadrul acestui capitol, am încercat să fac o scurtă introducere în bogăţia şi traiectoria vastă a formării etice budiste. Întreprinsă personal, poate să ne îmbogăţească vieţile şi să ne întărească abilităţile clinice. Expresia *formare etică budistă* poate părea numele unei discipline aride. Însă, materializată, reprezintă o provocare şi o încântare deopotrivă. Practica aceasta, care poate fi rafinată la nesfârşit de-a lungul vieţii, ne deschide spre un sentiment mai profund al vieţii, interconectării şi semnificaţiei. Practica etică este în acelaşi

timp sămânța și expresia înțelegerii noastre crescânde că fericirea noastră și fericirea tuturor ființelor sunt inextricabil legate între ele.

---

[8] Somnifer. (*N. red.*)

Partea a III-a

Aplicații clinice

Practicile mindfulness sunt implementate cu succes într-o gamă din ce în ce mai largă de intervenții, pentru a trata cam orice tip de pacient. În vreme ce unele principii se pot aplica în situații clinice, tratamentele au eficiența cea mai mare când sunt adaptate pentru a veni în întâmpinarea nevoilor indivizilor. Partea aceasta, organizată în funcție de tulburări și de populații, furnizează cadre de referință pentru aplicarea mindfulness-ului în diferite condiții.

Capitolul 7 analizează formarea terapeutului, felul în care se pot introduce în tratament exerciții de mindfulness și felul în care se aleg practicile sau se modifică pentru nevoile anumitor indivizi. Capitolul 8 explorează caracteristicile comune ale tulburărilor depresive și modul în care practicile mindfulness se potrivesc pentru tratarea lor, alături de o discuție privind terapia cognitivă bazată pe mindfulness, abordare care și-a demonstrat eficiența în tratarea depresiei. În paralel, Capitolul 9 explorează natura anxietății și modul în care mindfulness-ul poate servi pe post de antidot la aceasta, cuprinzând inclusiv o descriere detaliată a abordării comportamentale bazate pe mindfulness și acceptare. Capitolul 10 discută tulburările medicale asociate stresului, pentru tratarea cărora au fost folosite inițial în Occident

practicile mindfulness, și ilustrează felul în care practicile acestea pot fi deosebit de eficiente când se combină cu explorarea psihodinamică și reabilitarea, cu scopul de a relua activitățile normale din viață. Capitolul 11 merge mai departe și explorează folosirea practicilor mindfulness pentru tratarea traumelor, având în vedere că încercările noastre obișnuite de a scăpa de durere ne pot face prizonierii suferinței posttraumatice, precum și modul în care experiența traumatizantă poate fi transformată când e privită prin prisma originării dependente. Capitolul 12 vizează apoi, din altă perspectivă, evitarea durerii, subliniind cum tentativele noastre instinctive de a ne simți bine ne pot ține captivi în cicluri de dependență autoperpetuante. În final, Capitolul 13 explorează felul în care practicile mindfulness ne pot ajuta să ne acordăm mai

bine la copii, atât ca terapeuți, cât și ca părinți, și introduce o serie de practici de mindfulness pe care copiii înșiși le pot încerca.

CAPITOLUL 7

Mindfulness predat la terapie

Susan M. Pollak

Nu-ți întoarce capul.

Privește mai departe la locul bandajat.

Pe acolo intră în tine Lumina.

RUMI (1995. p. 13)

Predarea mindfulness-ului în terapie ține mai mult de artă decât de știință. Terapeutul clinician care se bazează pe mindfulness are în vedere o rețea complexă de factori, inclusiv nevoile clinice ale pacientului, condițiile de viață, mediul cultural și religios și disponibilitatea acestuia de a-și dezvolta noi obiceiuri, precum și experiența terapeutului cu mindfulness, alianța terapeutică și momentul. Autorii de mai devreme au discutat importanța mindfulness-ului pentru a-i ajuta pe psihoterapeuții clinicieni să rămână prezenți și angajați cu compasiune în relația de terapie. Capitolul acesta explorează felul în care se pot introduce și preda exerciții de mindfulness în psihoterapie[9].

Utilitatea clinică a tehnicilor de mindfulness a fost demonstrată în cazul unei game largi de tulburări psihologice (vezi Capitolul 1). Și totuși, pentru mulți terapeuți clinicieni, ideea de a aduce în terapie practicile mindfulness poate părea copleșitoare sau intimidantă. De unde să începi? Ce practici să folosești? Cum să eviți să faci rău? Există pacienți care ar trebui să evite cu totul exercițiile de mindfulness? Capitolul acesta încearcă să demistifice procesul, oferind o hartă cu obiectivul de a face practicile acestea accesibile pentru terapeutul clinician, indiferent de orientările teoretice. Include instrucțiuni pentru meditația formală și informală, relatări care ilustrează aplicări clinice și sugestii de folosire a diferitelor practici. Deși meditația terapeutului însuși este neprețuită, poate nu e necesar să aibă o experiență de decenii de meditație în solitudine sau să fi urmat cursuri pentru a putea introduce eficient meditația în tratamentul pacienților care suferă de o varietate de tulburări.

Programe de tratament bazat pe mindfulness

După cum s-a menţionat în Capitolul 1, există patru programe de tratament bazat pe mindfulness, împământenite, susţinute empiric, cu mai multe componente, care au fost adaptate pentru a trata o gamă largă de afecţiuni clinice. Aceste

programe sunt reducerea stresului bazată pe mindfulness (RSMB; Kabat-Zinn, 1990), terapia cognitivă bazată pe mindfulness (TCBM; Segal, Williams şi Teasdale, 2002), terapia comportamental-dialectică (TCD; Linehan, 1993a, 1993b) şi terapia acceptării şi angajamentului (TAA; Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl şi Houts, 2005). (Pentru mai multe detalii, vezi Baer şi Krietenmeyer, 2006).

Jon Kabat-Zinn a creat RSMB pe baza propriei practici Zen, meditaţiei insight-ului şi yogăi, pentru a trata pacienţii cu suferinţe cronice din cadrul unui spital universitar. Este programul de formare pentru mindfulness cel mai folosit şi structurat şi se derulează pe durata a opt săptămâni. TCBM a fost adaptată de cercetători clinicieni pornind de la RSBM, care au integrat cu pricepere elemente ale terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) pentru a trata depresia recurentă. Marsha Linehan, la rândul ei practicantă de zen, a dezvoltat TCD pentru a trata tulburarea de personalitate borderline, mai ales în cazul pacienţilor cu tendinţe suicidare, care abuzau de substanţe. TCD are la bază acceptarea radicală şi antrenarea abilităţilor, inclusiv pe cele de mindfulness. În cele din urmă, TAA a evoluat din munca lui Steven Hayes şi a colegilor lui, care au observat că problemele sunt create şi perpetuate de felul cum ne raportăm la ele, mai ales prin intermediul folosirii limbajului. Accentul TAA cade pe a duce o viaţă valorizată, şi nu pe îndepărtarea gândurilor, sentimentelor şi comportamentelor negative. Acceptarea, acţiunea angajată şi

mindfulness-ul reprezintă antidotul la felul în care ne agravăm problemele opunându-ne experienţelor neplăcute. Programele acestea oferă o abundenţă de exerciţii care pot fi aduse în terapia individuală de terapeuţi clinicieni abili.

Certificările terapeutului

Pe măsură ce un număr din ce în ce mai mare de terapeuţi încorporează mindfulness-ul în practicile lor, aşteptările privind formarea terapeutului şi practica personală a mindfulness-ului sunt dezbătute intens, iar aşteptările variază mult. Centrul pentru Mindfulness de la Facultatea de Medicină a Universităţii Massachusetts oferă certificarea pentru profesorii de RSMB, cu o serie de cerinţe, inclusiv practicarea zilnică a meditaţiei şi participarea la patru ateliere de meditaţie tăcută (pentru detalii, vezi www.umassmed.edu/cfm/certification/index.aspx). Terapeuţii TCBM trebuie să aibă un program zilnic de meditaţie formală şi informală, să fie practicieni calificaţi în domeniul sănătăţii mentale, să participe la un program de formare şi să beneficieze de supervizarea colegilor în permanenţă (Segal et al., 2012). Terapeuţilor clinicieni specializaţi în TCD şi TAA nu li se cere să practice ei înşişi meditaţia pentru a fi terapeuţi calificaţi, deoarece meditaţia formală, deşi încurajată deseori, nu este punctul central al acestor programe.

Dată fiind diversitatea abordărilor, un reper util ar fi ca terapeutul să fi practicat şi experimentat, ca un minimum, ceea ce predă (David şi Hayes, 2011). Mindfulness nu este doar o tehnică; este un efort de o viaţă, de a include conştientizarea, compasiunea şi comportamentul etic în propria existenţă. După cum spunea Jon Kabat-Zinn: *„Învăţătura trebuie să vină din practică.* Pur şi simplu, nu există o altă cale" (citat în McCown et al., 2011, p. xviii, sublinierea din original). Shapiro şi Carlson (2009) recomandă practicarea mindfulness-ului cu regularitate, pe lângă învăţarea principiilor psihologiei budiste, cum ar fi modul în care creăm şi uşurăm suferinţa.

Unul dintre numeroasele beneficii ale dezvoltării propriei practici de meditaţie e că ne ajută să căpătăm încredere pentru a folosi mindfulness-ul într-o varietate de circumstanţe şi cu diferite stări ale minţii. Înţelegerea şi cunoştinţele acestea personale pot ghida şi facilita intervenţii pricepute cu pacienţii. Pe de altă parte, pentru a putea introduce nişte tehnici bazate pe mindfulness, cum ar fi ascultarea sunetelor ambientale din mediu sau simţirea respiraţiei în corp, avem nevoie doar de o cantitate modestă de instrucţiuni, supervizare şi practică. Pe scurt, chestiunea volumului necesar de pregătire ar putea ţine de cât de mult mindfulness vrem să aducem în practica noastră clinică.

Motivația

Pentru a putea resimți numeroasele beneficii ale mindfulness-ului, pacienții trebuie să fie deschiși la ideea de mindfulness și să fie dispuși să îl practice. Cultivarea mindfulness-ului, la fel ca a învăța să cânți la un instrument sau a începe un regim de modelare corporală, presupune timp, dedicare și disciplină. Durerea emoțională și suferința oferă deseori motivația aceasta — darul disperării. Mulți pacienți vin la tratament într-o perioadă de criză sau de „disperare creativă" (Hayes et al, 1999) și, ca urmare, sunt deschiși spre a învăța noi modalități de a se raporta le problemele lor. Pentru a asigura o bună potrivire între practica mindfulness și pacientul individual, e important să explorăm cu atenție durerea emoțională a pacientului și să înțelegem ce își dorește și ce are valoare pentru el.

Practica mindfulness nu este pentru oricine. Unii pacienți nu doresc să se îndepărteze de terapia verbală tradițională; alții se pot simți inconfortabil cu tăcerea și introspecția. Pacientul este dispus să își exploreze propria experiență, chiar dacă presupune un disconfort temporar? E dispus să lase lucrurile să fie așa cum sunt? Pacientul își dorește o rezolvare rapidă? Receptivitatea la noile feluri *de a fi* cu durerea emoțională și suferința sunt precursori importanți ai terapiei eficiente orientate spre mindfulness.

Numeroși pacienți sunt inspirați de dovezile aduse de cercetare, care susțin abordarea terapiei cu mindfulness. Activitatea Sarei Lazar (Lazar et al., 2005; vezi și Capitolul 15) legată de îngroșarea corticală în urma meditației cu mindfulness; metaanaliza lui Stefan Hofmann referitoare la intervențiile bazate pe mindfulness pentru anxietate și depresie (Hofmann et al., 2010); studiul lui Norman Farb și al colegilor săi (2010) privind dezactivarea rețelei modului implicit prin practicarea mindfulness-ului și comparația favorabilă a lui Zindel Segal și a colegilor săi (2010) între TCBM și farmacoterapie reprezintă studii ample, care pot stimula disponibilitatea pacientului de a practica. Dan Siegel (2010c) a observat că faptul de a-i învăța pe pacienți despre mecanismele cerebrale le oferă acestora o modalitate utilă de a înțelege ce se întâmplă în situațiile de tumult emoțional, ceea ce le poate crește motivația de a încerca să pună în aplicare practicile bazate pe mindfulness.

Cum să introduci exerciții de mindfulness în terapie

Practicile mindfulness nu ar trebui forţate niciodată, chiar dacă terapeutul clinician e de părere că ar fi benefice pentru pacient. O modalitate bună de a începe e prezentarea exerciţiului de mindfulness ca pe un „experiment" (Gunaratana, 2002) şi o colaborare în cadrul căreia şi terapeutul, şi pacientul rămân cu mintea

deschisă şi sunt dispuşi să încerce diferite practici pentru a găsi ceva ce se potriveşte. Deşi explorarea mindfulness-ului de unul singur poate fi dificilă, practicarea în contextul unei relaţii terapeutice de încredere este liniştitoare. După cum spunea autoarea Anne Lamott (1993): „Mintea mea e un cartier rău famat, în care încerc să nu mă duc de una singură" (p. 84) — metaforă care le vorbeşte deopotrivă pacienţilor şi practicienilor.

Nu e necesar ca, la prezentarea practicilor mindfulness, să te cufunzi în filosofia budistă. Spune, pur şi simplu, ceva de genul: „Abordarea aceasta a fost cercetată atent şi eu cred că ar fi de folos. Vrei să o încerci cu mine, aici, ca pe un experiment? O să fac şi eu cu tine şi ne putem opri oricând". Dacă pacientul decide că practica mindfulness nu e ceva ce îşi doreşte să exploreze, opţiunea respectivă nu trebuie să fie asociată cu vinovăţie sau presiune.

Atenţia deosebită acordată limbajului este şi ea importantă. Unii pacienţi ar putea să dea înapoi când aud cuvântul *mindfulness,* asociindu-l cu budismul sau filosofia New Age. Carmody (2009) sugerează prezentarea exerciţiilor de mindfulness ca pe *antrenarea atenţiei*, observând că aceste cuvinte sunt mai uşor de digerat pentru mulţi. În ideea aceasta, Segal şi colegii săi (2002) şi-au denumit original munca *antrenarea controlului atenţional,* iar Kabat-Zinn (1990) a introdus mindfulness-ul numindu-l *reducerea stresului*.

Modificări

La fel cum un profesor abil de yoga va oferi modificări pentru a face practica accesibilă unor studenţi diferiţi, e important să cunoaştem şi să oferim variaţiuni ale meditaţiei care să se potrivească nevoilor individuale ale pacientului individual. De exemplu, oamenii cu un istoric de astm, afecţiuni respiratorii, traumă şi anxietate deseori nu se simt confortabil cu exerciţiul urmăririi respiraţiei, care e adesea prima practică de mindfulness predată la cursurile de meditaţie. Pentru aceşti pacienţi, ar putea fi mai uşor să înceapă cu ascultarea sunetelor în momentul prezent.

Indivizi diferiţi preferă deseori meditaţii care pun accentul pe obiecte ale atenţiei auditive, kinestezice, lingvistice sau vizuale. Se poate ca modul unei persoane de a învăţa, de a procesa informaţia şi de a funcţiona în lume (Gardner, 1983) să se coreleze cu preferinţele sale privind practicarea meditaţiei. Hölzel, Lazar şi colegii lor (2011) observă că diferite tipuri de personalitate pot fi atrase de diferite practici bazate pe mindfulness, iar preferinţa aceasta le-ar putea influenţa, de asemenea, răspunsul şi beneficiile pe care le obţin de pe urma diferitelor practici. În loc să privească preferinţa pentru un exerciţiu în detrimentul altuia ca pe o formă de opoziţie, terapeuţii pot fi sensibili şi înţelegători în privinţa preferinţelor individuale. Găsirea potrivirii perfecte le poate creşte disponibilitatea de a practica şi potenţialul

pentru rezultate de succes.

Temele pentru acasă

Cercetările au arătat că, întrucât beneficiile meditaţiei sunt dependente de doză (Segal et al., 2012), temele pentru acasă îi pot creşte eficienţa. Practicarea acasă este încurajată ca parte a programelor bazate pe mindfulness, cu mai multe componente, dar nu neapărat în meditaţia formală. Practica nu trebuie să fie apăsătoare — de fapt, poate fi plăcută. Maestrul Zen Thich Nhat Hahn a fost întrebat de un student cum să practice mindfulness. El i-a răspuns: „Vrei să ştii secretul meu? Încerc să găsesc o modalitate de a face lucrurile care să fie cât mai plăcute. Sunt multe moduri în care poţi duce la bun sfârşit o sarcină — dar cel care îmi atrage cel mai mult atenţia e cel mai plăcut" (Murphy, 2002, p. 85). Profesorii de meditaţie sugerează că până şi un minut de practică poate fi util, mai ales pentru cei aflaţi la început. Pentru pacienţii dispuşi să aloce mai mult timp exerciţiilor, s-a demonstrat că 30 de minute produc schimbări semnificative la nivelul creierului (Hölzel et al, 2010). Deşi datele existente cu privire la schimbarea căilor neurale reflectă modificări faţă de practica formală, practica informală în viaţa cotidiană este utilă pentru a-i ajuta pe pacienţi să gestioneze provocările vieţii de zi cu zi. Obiectivul este acela

de a elabora un exerciţiu uşor de folosit, care e plăcut şi nu reprezintă un chin. Încadrarea sa ca o *minivacanţă* zilnică, *timp separat* sau *timp doar pentru tine* poate fi de folos.

Tehnici de mindfulness de bază

În 2009, Dalai Lama a vorbit la o conferinţă a Facultăţii de Medicină Harvard despre compasiune şi înţelepciune în psihoterapie. Unul dintre organizatorii conferinţei l-a rugat pe Sfinţia Sa să conducă o scurtă meditaţie. Dalai Lama a râs şi a spus: „Cred că unii dintre dumneavoastră ar putea dori doar o singură meditaţie — una simplă şi sută la sută pozitivă. Asta, cred eu, e imposibil" (Siegel, 2011, p. 26). A dezvoltat ideea observând că există o multitudine de stări ale minţii care conduc la suferinţă şi, prin urmare, o mulţime de practici pentru a lucra cu pricepere cu acestea.

Pentru a decide ce practici să sugerezi unui anumit pacient sunt necesare şi abilităţi clinice şi cunoaşterea unei game de tehnici. Obiectivul este acela de a crea o practică acordată, relaţională şi care răspunde nevoilor în momentul prezent. Pentru început, putem avea în vedere o serie de practici simple, fundamentale.

Aşa cum s-a discutat în Capitolul 1, cele trei tipuri de meditaţie cu

mindfulness sunt: (1) concentrarea, (2) mindfulness per se şi (3) compasiunea (Salzberg, 2011). Cercetările derulate de Brewer, Worhunsky şi colegii lor (2011), precum şi de alţii sugerează că aceste practici activează regiuni ale creierului suprapuse, dar diferite.

Cei mai mulţi profesori de meditaţie încep cu exerciţii de concentrare (atenţia concentrată) ca o modalitate de a stabiliza şi a calma mintea. Practicile acestea presupun să înveţi să te concentrezi asupra unui obiect al atenţiei (cum ar fi respiraţia, sunetele sau alte senzaţii corporale) şi să încerci să rămâi la el. Când mintea pleacă la plimbare, e adusă delicat şi blând înapoi la obiectul atenţiei. Hölzel şi colegii săi (2011) consideră că reglarea atenţiei este o „piatră de temelie" care facilitează alte practici de meditaţie. Concentrarea în sine este un exerciţiu care poate fi explorat şi dezvoltat de-a lungul multor ani (Rosenberg, 1998), cu scopul de a calma şi a stabiliza mintea.

Odată ce se ajunge la o oarecare stare de confort cu practicarea concentrării, iar individul a învăţat să îşi adune şi să îşi stabilizeze emoţia, ne putem extinde aria de concentrare pentru a începe să practicăm mindfulness per se

(monitorizarea deschisă). În cadrul practicii concentrării, readucem delicat mintea asupra obiectului atenţiei, ori de câte ori se îndepărtează. În practica mindfulness-ului, suntem curioşi în legătură cu ce anume ne-a distras şi ne-a acaparat atenţia şi asistăm la

apariţia şi la dispariţia tuturor fenomenelor în cadrul experienţei. Mindfulness nu înseamnă să ne golim mintea sau să scăpăm de probleme; înseamnă să găsim modalităţi noi de a relaţiona cu greutăţile pe care le avem şi cu minţile deseori haotice. În cazul în care conţinutul a ceea ce apare devine copleşitor sau prea intens, poţi să revii o vreme asupra respiraţiei sau altui obiect al atenţiei. Revenirea la concentrare poate oferi un refugiu şi o ancoră atunci când iese la iveală un material problematic.

Dacă avem dureri considerabile sau ne simţim copleşiţi, ne poate fi deosebit de utilă practicarea compasiunii. Aceasta poate reprezenta un contrapunct eficient la autocritică şi autodetestare. Practica respectivă presupune să ne îmbrăţişăm fiinţa într-un mod treaz, cu acceptare şi cu inima deschisă, aducând bunătate şi acceptare chiar şi pentru cele mai dificile experienţe. Cercetătorii observă că rolul pe care compasiunea îl joacă în scăderea reactivităţii emoţionale şi, astfel, în reducerea simptomelor este unul esenţial (Kuyken et al., 2010). Pe măsură ce învăţăm să răspundem cu bunătate în momente de durere şi zbucium, recunoscându-ne imperfecţiunile, învăţăm să îi acceptăm şi pe ceilalţi. Componentele-cheie ale practicii compasiunii sunt discutate mai detaliat în Capitolul 4 (vezi şi Germer, 2009; Gilbert, 2009b; Neff, 2003; Salzberg, 1995). Unii cercetători consideră chiar că eficienţa programelor bazate pe mindfulness, cum ar fi RSBM (Davis şi Hayes, 2011)

şi TCBM (Kuyken et al., 2010), se datorează compasiunii.

Elaborarea și selectarea exercițiilor

Principiile de bază ale tehnicilor mindfulness sunt evidenţiate în Capitolul 1. Când le predăm pacienţilor, e important să subliniem că sunt reciproc complementare şi că funcţionează printr-o sinergie. Şi, aşa cum indică profesoara de meditaţie Christina Feldman (2001), practicile acestea par a fi înşelător de uşoare: „Mindfulness-ul nu este nici dificil, nici complex, dar a ne aminti să tratăm cu mindfulness constituie o mare provocare" (p. 167).

Practici de concentrare

Chiar dacă numeroşi profesori de meditaţie încep să dezvolte concentrarea fiind atenţi la respiraţie, se întâmplă adesea ca acesta să nu fie punctul cel mai uşor de început pentru o populaţie clinică. Concentrarea asupra lumii interne, în locul celei externe, poate trezi un afect neplăcut. În cazul pacienţilor cu un istoric de anxietate sau traumă, „simpla ascultare“ sau „mindfulness aplicat sunetelor” reprezintă, de regulă, o modalitate mai blândă şi mai sigură de introducere în practică.

Sunetele

Exerciţiul următor a fost rafinat şi folosit de mine în practica clinică vreme de mulţi ani. Dacă aceasta e prima incursiune a pacientului în practica mindfulness, cel mai bine este să fie scurtă şi la obiect, exersând vreme de 3–5 minute. Exerciţiul poate fi făcut şi pentru perioade extinse.

ASCULTĂ DOAR

• Începe prin a te aşeza confortabil, găseşte o poziţie relaxată, în care să poţi sta câteva minute. Ochii pot fi deschişi sau închişi delicat. Câtă vreme te aşezi liniştit, vezi dacă poţi să intri în legătură cu demnitatea ta esenţială.

• Lasă-te să fii în cameră, simte scaunul pe care stai şi permite-ţi să asculţi sunetele din jurul tău. Nu-ţi face griji legate de a le numi sau a le judeca, ci doar ascultă.

• Lasă-te să asculţi cu întreaga fiinţă. Deschide-te la sunetele din faţa ta, din spatele tău, de deasupra şi de sub tine. Nu e nevoie să creezi o poveste despre ele — lasă-le să vină la tine. Doar observă sunetele.

• Lasă sunetele să apară şi să treacă. Nu e nevoie să te agăţi de ele — lasă-le să vină şi să treacă. Dacă mintea ţi se îndepărtează, nu îţi face probleme, revino doar la sunetele din momentul prezent.

Alison avea un istoric de abuz sexual şi stres posttraumatic (SPT). Deşi citise despre beneficiile meditaţiei cu mindfulness, a devenit agitată când încercase să îşi simtă respiraţia. Era dispusă să încerce altă tehnică. „Doar ascultarea" era o metodă bună prin care Alison se putea stabiliza, calma şi veni în

momentul prezent. Când începea să simtă că o copleşesc amintirile, era suficient să asculte bâzâitul aparatului de aer condiţionat sau zgomotul traficului ca să îşi poată ancora conştientizarea în moment sau în viaţa actuală, atât de diferită de căminul rural în care se petrecuse abuzul. Graţie exerciţiului, pe măsură ce Alison se concentra asupra sunetelor din viaţa ei nouă, câştigată cu greu, amintirile şi SPT au început să se reducă.

După cum observă Williams şi colegii săi (2007), chiar şi un moment de mindfulness poate schimba lucrurile. Nu sunt necesare măsuri eroice — „poate presupune doar o schimbare a felului în care suntem atenţi“ (p. 71). Conştientizând mai bine momentul prezent, fără a judeca, cu căldură şi compasiune, putem întrerupe ciclul gândurilor intruzive care ne macină, care pot perpetua anxietatea, depresia şi SPT. Chiar dacă „doar ascultarea” este o practică formală de meditaţie, poate fi adaptată şi ca practică informală. Pacienţii pot asculta sunetele când merg, stau în autobuz sau în metrou sau când spală vasele. În cazul lui

Alison, când se întâmpla ca o amintire deranjantă să îi întrerupă ziua, învăţase să o trateze ca pe „un zgomot din trafic", permiţându-i să apară, dar apoi să pălească, fără a se lăsa prinsă de poveste.

Nicio practică nu este însă ideală pentru toată lumea. Pentru pacienţii cu deficienţe de auz, mindfulness-ul aplicat sunetelor nu este un început prea bun. Veteranii de război şi cei care au asistat la violenţă vor fi, probabil, stârniţi de sunetele puternice. Practica poate fi modificată pentru a include sunete neutre, cum ar fi zgomotul de fond produs de un dispozitiv.

Senzaţiile corporale

Concentrarea asupra corpului ca modalitate de a calma mintea este o tehnică practicată vreme de mii de ani şi este, de asemenea, inima yogăi (Iyengar, 1966). Tehnicile de meditaţie care se concentrează asupra corpului sunt o modalitate directă şi eficientă de a redirecţiona atenţia de la firul gândurilor obsesive, când ne facem mereu griji în privinţa viitorului sau suntem cuprinşi de regrete pentru trecut. Shapiro (2009) avansează teoria că, fiind atenţi la experienţa corporală într-un mod deschis, învăţăm să ne „repercepem“ situaţia şi ajungem „să ne identificăm mai puţin cu ea şi să fim mai capabili să o vedem cu claritate şi obiectiv” (p. 558).

După părerea ei, procesul acesta de dezidentificare mediază schimbarea.

Practica următoare, predată de numeroşi profesori de meditaţie cu mindfulness, este o tehnică favorită pentru pacienţii care vor să se reconecteze în siguranţă la corpurile lor, fără a trezi emoţii intense. Eu am învăţat-o pentru prima dată de la Tara Brach. E o practică introductivă şi poate dura doar câteva minute sau, dacă pacientului îi e bine, perioade mai lungi.

MINDFULNESS PENTRU MÂINI

• Începe prin a te aşeza într-o poziţie confortabilă, cu ochii deschişi sau închişi uşor. Lasă-te să simţi sprijinul scaunului.

• Lasă-ţi mâinile să ţi se odihnească în poală. Începe să dai din degete şi să îţi mişti delicat mâinile. Conştientizează momentul acesta.

• Roteşte-ţi încheieturile. Închide şi deschide pumnii. Începe să îţi simţi mâinile, observând senzaţiile, pulsaţiile şi vibraţiile din ele.

• Simte-ţi mâinile dinăuntru spre afară. Dacă vrei, lasă-ţi muşchii să se relaxeze. Conştientizează fiecare deget, palmele, dosul palmelor.

• Vezi cum e să îţi locuieşti cu totul palmele. Lasă-ţi atenţia să îţi rămână cât de mult asupra mâinilor.

Zachary a renunţat la facultate, simţindu-se copleşit de moartea recentă a mamei sale, după o boală lungă şi chinuitoare. Îi era greu să se concentreze şi a început să se îngrijoreze din cauza sănătăţii sale. A început să fie obsedat de propria moarte. Zachary fusese anxios dintotdeauna, dar acum avea probleme cu somnul şi ura să fie singur. Îşi petrecea majoritatea timpului în camera sa, jucând jocuri pe calculator, şi ajunsese să aibă sindromul de tunel carpian.

Zachary a început să exerseze concentrarea atenţiei asupra mâinilor şi şi-a lăsat muşchii să se înmoaie, a descoperit că întreg trupul începuse să i se relaxeze. Maxilarul i s-a descleştat, umerii i-au căzut şi respiraţia i s-a încetinit. Uneori, trupul i se cutremura de durere, dar lui Zachary i se părea că e în siguranţă şi chiar e o uşurare pentru el să sufere la terapie în loc să poarte

de unul singur suferința. Pe măsură ce a învățat să își accepte pierderea în loc să fugă de ea și să se refugieze în jocurile video, Zachary a reînceput să fie interesat să își petreacă timpul cu prietenii. După câteva luni de lucrat cu durerea și de practică mindfulness, a revenit la școală, observând că simptomele de tunel carpian i se reduseseră.

O variantă a acestei practici se poate face, de asemenea, pentru tălpile

picioarelor (Singh, Wahler, Adkins și Myers, 2003). Faptul că lucrează cu extremitățile corpului în loc să treacă la esență îi face deseori pe oameni să se simtă mai în siguranță. Am descoperit că practica aceasta este, așadar, un bun punct de plecare pentru oamenii care suferă de anxietate, de pe urma unei traume și de depresie. Pentru oamenii cu disociere gravă însă, chiar și practica aceasta poate fi problematică. De exemplu, când i s-a cerut să se concentreze asupra mâinilor, un pacient s-a simțit copleșit și confuz cu privire la posesorul mâinilor. Când practicile exacerbează simptomele sau produc dezorientare, e mai bine să încerci altă abordare.

Respirația

Cei mai mulți profesori de meditație încep din motive întemeiate cu practica simțirii sau urmăririi respirației. Respirația e mereu cu noi și se schimbă mereu. Ea este (pentru cei mai mulți oameni) neutră, neîmpovărată de asocieri negative și nu presupune să credem într-o anumită dogmă sau sistem de gândire. În cazul pacienților care funcționează bine și sunt relativ bine integrați, practica poate fi una excelentă. Însă, așa cum am amintit anterior, respirația poate fi problematică pentru cei care suferă de anxietate sau au un istoric de traume sau tulburări disociative.

Eu am învățat prima dată exercițiul acesta scurt, simplu și direct de la profesoara de meditație și terapeuta Trudy Goodman.

DOAR TREI RESPIRAȚII

• Începe prin a te așeza confortabil, găsind o postură relaxată și dreaptă. Dacă vrei, poți închide ochii sau îi poți ține parțial deschiși, concentrându-te ușor asupra unui punct de pe podea, la câțiva pași distanță de tine.

• Simte-ți respirația naturală. Nu e nevoie să o reții, să o modifici sau să o controlezi. Observă senzațiile când inspiri și apoi observă blând senzațiile când expiri.

• Simte următoarea inspirație completă și următoarea expirație completă. Dacă mintea rătăcește în altă parte, nu îți face probleme, așa fac toate mințile, ci doar adu atenția înapoi, fără judecată sau critică.

• Orientează-ți atenția asupra celei de-a treia și ultime respirații, percepând senzațiile inspirului firesc și ale expirului firesc.

Anna era o asistentă ocupată de la Urgențe, dintr-un mare spital metropolitan. A venit la tratament pentru a-și reduce nivelul de stres și pentru a găsi puțin calm în mijlocul activității ei frenetice. Anna nu avea timp pentru

meditație de durată, formală, ci voia să găsească o strategie mai bună de a face față supărărilor în locul aceleia a mâncatului în exces. Am încercat *Doar trei respirații* ca pe o metodă de a o ajuta să navigheze printre cerințele de la serviciu. După câteva săptămâni de practică, a remarcat că simpla observare a respirației o ajuta să rămână calmă, concentrată și liniștită în situații stresante. Folosea tehnica aceasta câtă vreme stătea în biroul asistentelor și scria bilete sau chiar și atunci când se grăbea pe coridoarele spitalului.

A fi în contact cu respirația sau cu trupul ne oferă o modalitate de a ne muta atenția de la preocupări sau gânduri înnebunitoare și griji. Când ne schimbăm perspectiva, putem găsi o altă relație cu preocupările noastre, fapt care ne face să ne simțim puțin mai ușurați și să avem senzația unui spațiu mai mare. Profesorii de meditație numesc deseori situația aceasta *vedere clară*. Mutându-ne atenția de pe gânduri pe respirație, începem să stabilim o nouă poziție avantajoasă, în analogie cu ceea ce abordările psihodinamice numesc un *ego observator* (Kerr, Josyula și Litenberg, 2011).

Practici ale mindfulness-ului

Exercițiul următor oferă o bună modalitate de a face tranziția spre practica

mindfulness, pentru că include elemente de concentrare (în centrul roții), precum și monitorizarea deschisă și spiritul de investigație caracteristice

pentru practica mindfulness per se. Am învățat exercițiul acesta de la Daniel Siegel, care l-a popularizat în cartea sa *Mindsight — Vederea minții* (2010b). Versiunea de mai jos e una condensată și simplificată.

CENTRUL ROȚII

• Începe prin a te așeza într-o poziție comodă și relaxată. Observă senzațiile pe care le ai stând așezat pe scaun. Ochii pot fi închiși sau deschiși ușor.

• Respiră de câteva ori, lăsând deoparte orice poveri ai duce. Rămâi cu respirația, cu sunetele din jur sau senzațiile din mâini vreme de câteva minute, până te poți aduna și îți poți concentra atenția.

• Gândește-te la imaginea unei roți și orientează-ți atenția către centrul ei. Extinde apoi imaginea pentru a cuprinde spițele care merg către marginea roții.

• Acum pune-te pe tine în centrul roții. Lasă-ți câteva minute pentru a te simți ancorat și stabilizat.

• Pune acele lucruri din viața ta care te supără sau te distrag pe marginea roții.

Distanța dintre centru și margine depinde de tine. Lasă cât spațiu ai nevoie — câțiva metri sau câteva zeci, sau chiar un teren de fotbal. Acordă-ți câteva minute pentru a găsi spațiul de care ai nevoie. Acordă-ți pauza aceasta.

• Când ești gata, vezi dacă te poți aventura pe o spiță și poți investiga unul dintre obiectele de pe margine. Începe cu ceva ce e gestionabil, nu cu problema cea mai mare cu care te confrunți.

• Vezi ce apare pe măsură ce îți îndrepți atenția către aspectul acesta. Ce observi în trupul tău? Ce emoții apar? Dacă începi să te simți copleșit, revino la centru și permite-ți să te liniștești și să te așezi. Experimentează mersul înainte și înapoi de la centru la margine. Mergi încet.

Marianne era copleşită de detaliile vieții sale. Divorțase recent și avea trei copii mici. Știa că urmează reduceri de buget la școala unde preda ea și se temea că are să își piardă postul. Ambii părinți îi muriseră recent și casa îi era

plină de bunurile acestora. Marianne avea senzaţia că spaţiul i se îngustează. A început tratamentul simţindu-se deprimată şi epuizată, plângându-se că nu face faţă cu corespondenţa, facturile, planul de lecţii şi copiii.

Deşi am experimentat cu o serie de practici, centrul roţii a devenit în scurt timp favorita Mariannei. I-a dat sentimentul că ar putea găsi o oază de calm în

mijlocul vieţii sale haotice. Practica îi era deosebit de utilă noaptea, când se trezea gândindu-se la toate lucrurile pe care le are de făcut, cu sentimentul că nu are pe nimeni care să o ajute.

Exersând, a devenit din ce în ce mai capabilă să se concentreze pentru a finaliza câte o sarcină odată, rămânând în momentul prezent în loc să facă mai multe lucruri deodată şi să se panicheze că nu rezolva suficient de multe. Practica a ajutat-o să se liniştească şi să vadă clar. Ori de câte ori începea să se simtă copleşită, revenea la centrul roţii, îşi regăsea respiraţia şi restabilea existenţa în momentul prezent, luând lucrurile unul câte unul. Pentru a o ajuta să funcţioneze de-a lungul zilei, am adăugat exerciţiul simplu de a spune: „Doar momentul acesta, nimic mai mult".

Odată ce pacientul e capabil să îşi liniştească mintea, poate prin intermediul ascultării, conştientizării corpului sau conştientizării respiraţiei, pasul următor este deschiderea în faţa experienţei momentului prezent, dând dovadă de curiozitate şi compasiune. Practicile de concentrare funcţionează ca piatră de hotar calmantă, astfel că pacientul poate reveni la ele dacă investigaţia devine prea intensă sau copleşitoare. Astfel, emoţiile dificile pot fi dozate şi gestionate. Antrenând mintea şi dezvoltând o curiozitate prietenoasă, continuăm să cultivăm o atitudine

deschisă, fără judecată, faţă de experienţă.

Exerciţiul următor, predat original ca un koan zen, este unul narativ. Poate reprezenta o tranziţie naturală de la terapia prin discuţie la practica mindfulness. Iniţial, a fost creat ca o modalitate de a gestiona furia şi anxietatea. Eu am învăţat prima dată practica de la profesorul de meditaţie George Bowman.

CE E ASTA?

• Începe prin a te așeza confortabil, găsind o poziție pe care o poți menține fără stres sau chin.

• Alocă-ți câteva momente pentru a-ți fundamenta sau a ancora atenția, folosind una dintre practicile de concentrare.

• Îndreaptă-ți apoi atenția către ce ai putea simți acum. Poate că e vorba despre furie, teamă, îndoială de sine, grijă sau tristețe.

• Începe să observi ce simți cu o curiozitate caldă. Dacă vrei, pune-ți o mână deasupra inimii, observând ce e prezent cu bunătate, interes și fără a judeca sau critica.

Janet era o studentă care suferea de o anxietate gravă și debilitantă. În multe zile, era incapabilă să își părăsească locuința sau să meargă la cursuri,

fapt care o îngrijora și mai mult cu privire la anxietatea sa. Când se trezea dimineața, Janet își verifica nivelul de anxietate, ceea ce nu făcea decât să o tulbure mai tare. Când am inițiat practica aceasta, Janet a început să observe cum se simțea în corp anxietatea, dar fără a contribui la temerile ei. În loc să se lase prinsă într-un dialog interior despre ce s-ar putea întâmpla, ea doar a observat ce simte și și-a pus o mână peste inimă, fiindcă suferea, întrebând cu blândețe: „Ce e asta?"

Încetând să mai amplifice ce simțea și găsind o modalitate nouă de a fi cu senzațiile corpului său, aducând o doză de bunătate suferinței sale, Janet a descoperit că lucrurile pe care le simțea erau neplăcute, dar nu imposibil de gestionat. Putea fi cu anxietatea și putea lucra cu ea în loc să o privească drept ceva ce trebuie să înceteze să mai fie în viața ei.

Practici ale compasiunii

Se pot folosi o serie de practici pentru cultivarea compasiunii (vezi Capitolele 1 și 4). Multe încep prin cultivarea bunătății iubitoare, folosind afirmații cum sunt cele de mai jos:

PROPOZIȚII CU BUNĂTATE IUBITOARE

Fie să fiu ferit de rău interior și exterior.

Fie să nu sufăr.

Fie să fiu sănătos.

Fie să fiu împăcat.

Fie să trăiesc ușurat.

Jerry locuia în New York în timpul atacurilor din 9/11. Era mereu „agitat" și glumea că ajunsese așa pe bună dreptate, dat fiind că mama lui era fanatică în privința murdăriei, iar tatăl lui era ipohondru. Jerry nu se simțise niciodată cu adevărat în siguranță și verifica mereu dacă îl urmărește cineva când mergea pe stradă. Lucrurile s-au înrăutățit când Jerry a avut propriul copil, dat fiind că a început să se teamă că și fiul lui ar putea fi rănit, ar putea consuma ceva otrăvit ori s-ar putea îmbolnăvi. Jerry se ferea de metrouri și de autobuze și chiar refuzase bilete la un meci de baseball de teama aglomerației. În cele din urmă, soția lui Jerry s-a săturat de grijile lui, de curățatul compulsiv și de teama lui de microbi. A insistat să ceară ajutor.

În terapie, practica mindfulness l-a ajutat pe Jerry să își dea seama cât zbucium „adaugă" situațiilor benigne. A învățat să își liniștească trupul, să trăiască momentul și să nu presupună că urmează un dezastru. Și totuși,

propozițiile cu bunătate iubitoare au fost cele care l-au ajutat pe Jerry să se liniștească și să își stabilească un sentiment de siguranță interioară. Jerry și-a dat seama că mama lui se temea atât de mult de contaminare încât rareori îl ținuse în brațe și îl liniștise, iar tatăl lui era prea preocupat de el însuși ca să observe că Jerry era tulburat. Practicând meditația pentru bunătate iubitoare, Jerry a devenit mai rezilient și mai curajos. După luni bune de lucru, Jerry a fost încântat să mă înștiințeze că își dusese fiul la un meci între Red Sox și Yankees și, chiar dacă uneori se simțise tulburat, el și fiul său se bucuraseră mult de ziua petrecută împreună.

Esența mindfulness-ului nu este să ne schimbăm viețile, ci să învățăm să

aducem bunătate şi atenţie blândă pentru ceea ce poetul Rumi numea „locurile bandajate". Perspectiva aceasta radicală, contraintuitivă, asupra vindecării emoţionale este dificil de împărtăşit altora dacă nu avem noi mai întâi o practică personală a meditaţiei cu mindfulness — practică pe care se poate fundamenta terapia bazată pe mindfulness. Predarea tehnicilor de mindfulness pacienţilor este un demers creativ de adaptare a practicilor esenţiale de mindfulness la caracteristicile unice ale fiecărui pacient în lumea sa, în cadrul unei relaţii terapeutice.

---

[9] Pentru o analiză amplă a subiectului, puteţi consulta *Sitting Together: Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy* (Pollak et al., în curs de apariţie la data publicării cărţii în limba engleză).

CAPITOLUL 8

Depresia

Cum să îți găsești intrarea și ieșirea

Thomas Pedulla

Numai coborând în abis putem recupera comorile vieții. Unde te împiedici, îți găsești comoara.

JOSEPH CAMPBELL (1995)

Ce vezi la un pacient care se luptă cu depresia?

Dacă ești epidemiolog, vezi o parte a unei probleme în creștere de sănătate publică, o pandemie care constituie a patra cea mai mare povară pentru societate între toate bolile — și se estimează că va avansa și va ajunge a doua până în 2020 (Murray și Lopez, 1998).

Dacă ești psihofarmacolog, vezi pe cineva care are o afecțiune cu rădăcini biologice, care afectează sistemul neurotransmițător și care necesită tratament medicamentos.

Dacă ești psihoterapeut, ai putea vedea pe cineva care se confruntă cu o

reacție patologică la pierderea unui obiect iubit (Freud, 1917/2000) sau care e blocat într-un tipar de gândire neadaptată (Beck, 1972; Burns, 1999) și care are nevoie de terapie psihodinamică, cognitiv-comportamentală sau de alt tip pentru a se putea vindeca.

În funcție de tipul lentilei prin care privești, depresia poate fi văzută și tratată într-o multitudine de feluri. De asemenea, poate apărea în diferite forme și formule. Poate fi unipolară sau bipolară, cronică sau episodică, ușoară sau gravă. Poate exista de una singură sau alături de altă tulburare.

Capitolul acesta are la bază cercetări recente și experiența mea clinică, pentru a explora cum poate transforma mindfulness-ul felul în care terapeuții și pacienții lor înțeleg depresia, indiferent ce formă ar îmbrăca. De asemenea,

va discuta cum poate înțelegerea aceasta să fie parte a unei abordări multilaterale, cu potențialul de a aduce ușurare celor care suferă de această tulburare complexă.

Captarea puterii mindfulness

Mindfulness este atât o trăsătură (parte a dispoziției persoanei), cât și o stare (o calitate pe care o putem cultiva), care scade șansele să apară depresia și o face să fie mai puțin gravă, atunci când aceasta apare. Studiile recente au indicat că

mindfulness-ul aplicat dispoziției protejează împotriva depresiei, fiindcă se asociază cu reglarea afectului și autoacceptarea (Jimenez, Niles și Park, 2010); cei cu scoruri mari la mindfulness-ul au mai puține șanse să lase cogniţiile negative să se transforme în afect depresiv (Gilbert și Christopher, 2009), iar mindfulness poate reduce judecățile de sine negative, care alimentează reflecția și aprofundează tulburarea emoțională (Rude, Maestas și Neff, 2007).

Pe lângă vaccinarea împotriva depresiei oferită de mindfulness-ul pentru dispoziție, exercițiile formale de mindfulness pot stimula abilitatea persoanelor deprimate de a simți emoții pozitive și de a aprecia activitățile plăcute din viața de zi cu zi — factori care protejează împotriva depresiei (Geschwind, Peeters, Drukker, van Os și Wichers, 2011). Practica formală a mindfulness-ului îmbunătățește, de asemenea, reglarea afectelor la pacienții cu tulburări de dispoziție (Ramel, Goldin, Carmona și McQuaid, 2004), reduce ruminația autodeclarată, depresia și distresul psihologic în rândul adulților care trăiesc astfel de simptome (McKim, 2008) și reduce reactivitatea emoțională a pacienților în timpul și după vizionarea unor filme triste (Farb et al., 2010).

Abordările bazate pe mindfulness, cum ar fi terapia prin acceptare și angajament (TAA; Hayes et al., 1999; Strosahl și Robinson, 2008) și terapia cognitivă bazată pe mindfulness (TCBM; Ma și Teasdale, 2004; Segal et al., 2002; Teasdale

et al., 2000; Williams et al., 2007) sunt în continuare promițătoare. Două studii randomizate controlate efectuate recent au indicat că TCBM-ul este la

fel de eficientă ca medicaţia antidepresivă pentru prevenirea recăderii depresive şi mai eficientă decât medicaţia în reducerea simptomelor reziduale şi îmbunătăţirea calităţii vieţii pacienţilor (Godfrin şi van Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008).

Cum ajută mindfulness-ul?

Orientarea către durere

O serie de mecanisme ar putea fi responsabile pentru eficienţa tratamentelor bazate pe mindfulness. De exemplu, mindfulness-ul i-ar putea ajuta pe pacienţi să facă faţă durerii şi suferinţei emoţionale prin cultivarea unor calităţi ca tolerarea afectului şi autoacceptarea (vezi Capitolele 3 şi 4). Învăţând să se confrunte direct cu durerea, pacienţii îşi schimbă relaţia cu aceasta. În loc să reacţioneze în modurile obişnuite — urând-o, rumânând în privinţa ei sau respingând-o —, pot începe să se deschidă în faţa ei, pot deveni curioşi în privinţa ei, pot chiar să o accepte într-o oarecare măsură. Paradoxal, o astfel de acceptare duce adesea la o schimbare pozitivă.

Din contră, elementele cărora ne opunem se perpetuează deseori. De ce?

Pentru că opoziţia este o modalitate de a nu renunţa, iar rezultatele sunt încleştare şi contracţie. Aducând mindfulness-ul în durerea şi suferinţa emoţională, pacienţii deprimaţi pot învăţa să nu se mai opună şi să înceapă să renunţe sau, cum preferă unii să spună, *să lase a fi*. Odată ce au făcut asta, sunt capabili în mai mare măsură să răspundă cu pricepere în loc să reacţioneze automat. „Pacientul deprimat, indiferent de forma depresiei sale, se îndepărtează de experienţa sa" (Morgan, 2005, p. 133), iar mindfulness-ul funcţionează ca un fel de redirecţionare *spre*, un antidot pentru această întoarcere dinspre. A te feri de durere e ceva de înţeles şi aproape reflex. Problema e că, ferindu-se de durere, pacientul se fereşte şi de viaţă. Durerea e vie, dar a te feri de ea duce la retragere, închidere şi deconectare de experienţă — stări care se află deseori la baza depresiei.

Prin mindfulness, pacienţii pot intra în contact cu durerea lor, iar, în cadrul procesului, cu sentimentul de a fi vii. Chiar dacă pacientul începe cu ceva minor, cum ar fi să îşi îndrepte atenţia spre tensiunea din ceafă, poate dobândi încrederea necesară pentru a merge mai departe şi a căuta mai adânc, mai ales

când e încurajat de un terapeut care îi oferă un mediu sigur, sprijin și disponibilitatea de a asista la acest proces dificil. După cum spunea Jon Kabat-Zinn (2002):

Meditația nu este orientată către rezolvarea durerii sau inducerea unei stări

de bine. Meditația înseamnă să privești în profunzimea naturii durerii — să o folosești în anumite feluri care îți permit să te dezvolți. Prin această dezvoltare, lucrurile se vor schimba, iar noi avem potențialul de a face alegeri care ne conduc către o mai mare înțelepciune și compasiune, inclusiv autocompasiune, eliberându-ne, astfel, de suferință. (p. 35)

Găsirea unei intrări

La o examinare atentă, putem descompune experiența depresiei în trei elemente: emoții, gânduri și senzații fizice. *Emoțional* predomină depresia, alături de sentimente de lipsă a valorii, vinovăție, neajutorare și pierderea plăcerii. În ceea ce privește *gândirea*, depresia poate fi marcată de gânduri ruminative, concentrare deficitară, indecizie, pierderea speranței și gânduri legate de sinucidere sau moarte. Depresia este adesea manifestată la nivel *fizic* prin schimbări în materie de apetit și greutate, schimbări ale tiparelor de somn, un nivel redus al energiei și lentoare psihomotorie sau agitație.

De ce se descompune astfel depresia? În cazul multor pacienți, e utilă transformarea depresiei dintr-un conglomerat amplu, vag și înspăimântător — o gorilă de jumătate de tonă — în ceva mai mic și mai ușor de gestionat, ceva pentru care

pot aduce o măsură de mindfulness. Deși e dificil, uneori chiar imposibil, să abordezi *depresia* cu mindfulness, e mai ușor să abordezi cu mindfulness un maxilar încleștat, frica din inimă sau gândul care spune „Sunt un ratat". Cu alte cuvinte, deconstrucția depresiei în felul acesta ne ajută să găsim *o cale de intrare*. Iar găsirea unei căi de intrare este primul pas către găsirea unei căi *de a străbate*.

Mindfulness-ul ca parte a unei abordări multilaterale

În primul rând, trebuie observat că doar mindfulness-ul e rareori suficient

pentru tratamentul eficient al depresiei. Chiar şi terapeutul cel mai pasionat de mindfulness ştie că instrumentele şi tehnicile mindfulness funcţionează cel mai bine când fac parte dintr-o abordare cuprinzătoare, care începe cu descrierea detaliată a istoricului şi o explorare atentă a problemelor curente care conduc la suferinţă, inclusiv o evaluare a riscului ca pacientul să îşi facă singur rău. Un tratament inteligent va include, probabil, perspective şi metode extrase din formarea clinică amplă. Printre sugestii s-ar putea număra exerciţiile fizice, activităţile sociale şi alte intervenţii comportamentale care au demonstrat că ameliorează depresia. Dacă pacientul nu ia deja medicamente, se poate lua în calcul adecvarea unei evaluări psihofarmacologice.

Meditaţia şi medicaţia

În trecutul nu prea îndepărtat, era ceva obişnuit ca profesorii şi practicanţii de meditaţie să fie sceptici — sau chiar ostili — în privinţa medicaţiei psihotropice, poate din cauza preceptului budist împotriva folosirii de substanţe intoxicante care întunecă mintea. Un alt motiv de precauţie e că oamenii ar putea folosi medicamentele pentru a evita durerea, respingând o oportunitate de dezvoltare psihologică şi spirituală. Însă, când durerea e prea puternică, nu e posibilă dezvoltarea. În ultima perioadă, profesorii de meditaţie şi terapeuţii orientaţi spre mindfulness acceptă din ce în ce mai mult că folosirea judicioasă a tratamentului medicamentos, cum ar fi inhibitorii recaptării de serotonină (IRS) poate realmente contribui la susţinerea practicării meditaţiei de către pacient. Acest fapt e valabil mai ales atunci când depresia e gravă şi include simptome neurovegetative, cum ar fi lipsa de energie, probleme de concentrare, pierderea poftei de mâncare şi tulburări ale somnului. Dacă pacientul nu are energia necesară pentru a se da jos din pat sau pentru a se concentra mai mult de câteva secunde, nu va putea practica eficient mindfulness-ul, asta dacă va putea practica vreun pic. De fapt, o încercare în acest sens ar putea exacerba sentimentele de lipsă a valorii şi de eşec, acutizând, astfel, depresia. Psihologa şi profesoara de meditaţie Sylvia Boorstein (2012) afirma:

„Atunci când durerea depresiei sau anxietăţii naşte confuzie până la punctul în care te simţi copleşit, medicaţia adecvată poate salva mintea de la o preocupare dureroasă de sine“ (p. 19). La rândul său, B. Alan Wallace (2012), un învăţat budist şi fost călugăr care aduce critici la adresa excesului

de medicamente al culturii noastre, este și el de acord că „în cazurile de depresie gravă, antidepresivele contribuie la restabilirea unui echilibru emoțional, astfel încât oamenii să poată beneficia de pe urma altor forme de tratament, cum este terapia cognitiv-comportamentală” (p. 31). Evident, tratamentul medicamentos poate fi un prim pas important, care aduce pacientul în punctul în care acesta poate prelua conducerea procesului de recuperare și poate începe un tip de practică mindfulness. Abordarea depresiei prin mindfulness este fundamental pragmatică, iar a rămâne afundat într-o depresie tratabilă nu contribuie la depășirea suferinței.

Care abordare de tratament este cea mai bună?

Capitolul 1 al acestei cărți a descris diferențele dintre tratamentul inspirat de mindfulness — terapie ghidată prin prisma înțelegerii teoretice a mindfulness-ului și a practicării personale de către psihoterapeut — și tratamentul *bazat* pe mindfulness, în cadrul căruia terapeutul îl învață pe pacient tehnici de mindfulness.

Ambele sunt valoroase. Restul acestui capitol descrie un continuum al îngrijirii, mergând de la tratamentul inspirat de mindfulness la tratamentul bazat pe mindfulness, folosind material de caz pentru a ilustra cum poate fi aplicată depresiei fiecare abordare.

Abordări ale depresiei inspirate de mindfulness

Clinicienii cunosc provocarea pe care o reprezintă însoțirea pacienților deprimați. Vrem să îi ajutăm, dar eforturile noastre de a fi empatici și intervențiile noastre bineintenționate sunt deseori respinse sau dau, pur și simplu, greș. În fața deznădejdii și disperării pacienților noștri, e ușor să cădem noi înșine pradă acelorași sentimente.

În acest punct, ne poate fi de folos faptul că noi înșine practicăm mindfulness. Poate observăm că întoarcem spatele durerii pe care o resimte pacientul — și noi înșine. Poate fi ceva subtil: o privire scurtă către ceas, un gând legat de sfârșitul de săptămână care se apropie. Acestea sunt semne că am început să ne abandonăm pacientul, la fel cum, poate, pacientul deja s-a abandonat pe sine. Dacă suntem capabili să apelăm la mindfulness în ceea ce privește această mișcare, ne putem încuraja singuri să revenim, să ne întoarcem *înspre*

şi *să fim cu* ce se

întâmplă. Putem începe prin a respira cu mindfulness sau a simţi cu mindfulness către senzaţiile din corpul aşezat pe scaun. Putem apoi extinde mindfulness-ul pentru a include sentimentele prezente, oricare ar fi. Şi ne putem invita pacientul să facă şi el acelaşi lucru.

Robin, o femeie cu un istoric de depresie majoră, a venit la o şedinţă plângându-se că, în ultima vreme, se trezea cu un sentiment de greutate şi îi era teamă că iar „alunecă în jos în tunel". I-am cerut să îmi descrie sentimentul acela şi să vadă dacă îl poate localiza în corp. A spus că se află undeva în piept şi simte ca şi cum ar apăsa-o o greutate. Am încurajat-o să rămână asupra lui şi am întrebat-o dacă i se pare familiar. Mi-a împărtăşit o amintire din copilăria ei, când stătea la masă, plângând fiindcă voia ceva, dar părinţii şi fraţii o ignorau. Ştiam amândoi că e vorba despre o experienţă des întâlnită în copilărie: sentimentul de deconectare şi abandon emoţional în cadrul familiei sale mari şi haotice. A continuat prin a-mi spune că se simţea la fel în relaţia cu partenerul ei şi că era necesar să discute. Povara de pe piept i s-a uşurat.

Deşi nu a fost implicată nicio practică formală de mindfulness, Robin a putut să se *întoarcă înspre*, îndreptându-şi atenţia cu mindfulness către senzaţiile fizice

asociate experienţei sale depresive. Astfel, s-a ajuns la o deschidere emoţională atât în ceea ce priveşte trecutul ei, cât şi circumstanţele vieţii sale actuale. Se sugerează, de asemenea, că poate face ceva, adult fiind, ceea ce în copilărie nu a putut: să îşi exprime în cuvinte sentimentele şi să poarte un dialog cu partenerul ei.

Coexplorarea cu mindfulness

În cadrul terapiei inspirate de mindfulness, ne angajăm într-un proces de coexplorare cu mindfulness alături de pacient. La fel ca în orice relaţie de tratament eficientă, căutăm să stabilim un mediu susţinător (Winnicott, 2004), în care pacientul se simte acceptat aşa cum este şi menţinem acel mediu tratând cu mindfulness suişurile şi coborâşurile din relaţie. Apoi, alături de pacient, ne aducem atenţia comună asupra experienţei pacientului, aşa cum se

desfăşoară clipă de clipă. Stephanie Morgan (2005) descrie atenţia aceasta ca fiind „caracterizată prin conştientizare, concentrare asupra prezentului şi acceptare" (p. 135). De asemenea, ea sugerează trei întrebări pe care le putem pune pacienţilor pentru a surprinde spiritului acestui demers:

1. Ce se întâmplă chiar acum?

2. Poţi rămâne la ce se întâmplă?

3. Poţi respira *în* ce se întâmplă sau poţi respira *cu* ce se întâmplă acum?

Profesorul de meditaţie *vipassana* Narayan Liebenson Grady (comunicare personală, 18 octombrie 2011) adaugă o a patra întrebare care surprinde sentimentul de libertate interioară pe care îl poate crea mindfulness-ul:

4. Se poate crea spaţiu pentru asta?

E util să începi explorarea cu corpul din mai multe motive. În primul rând, senzaţiile fizice sunt mai tangibile decât gândurile şi sentimentele şi, în general, sunt mai uşor de accesat. În al doilea rând, orientarea atenţiei către senzaţiile fizice îi ajută pe oameni „să îşi iasă din cap", fapt care le e de folos mai ales celor care au tendinţa de a analiza excesiv. În cele din urmă, corpul ancorează atenţia în momentul prezent, pentru că trupul este întotdeauna aici şi acum. Chiar dacă senzaţiile fizice declanşează amintiri despre trecut, aşa cum s-a întâmplat în cazul lui Robin, e posibil să înveţi să experimentezi aceste gânduri ca pe evenimente mentale care au loc în prezent.

Gândurile nu sunt fapte

După cum ştiu cei mai mulţi terapeuţi şi pacienţi, gândurile negative hrănesc

depresia. Aceste gânduri sunt deseori automate şi lipsite de acurateţe, mai ales când persoana e deja deprimată. În terapia cognitivă tradiţională, îi ajutăm pe pacienţi să identifice aceste *distorsiuni cognitive* (Beck, 1976) şi să le înlocuiască cu gânduri raţionale, realiste şi optimiste. Astfel, pacienţii pot câştiga o oarecare distanţă faţă de gândurile lor, precum şi o oarecare stăpânire asupra lor, ceea ce le poate creşte nivelul respectului de sine, le poate îmbunătăţi dispoziţia şi poate duce la o schimbare comportamentală

pozitivă.

În cadrul tratamentului inspirat de mindfulness, accentul e uşor diferit. Efortul nostru, în primul şi cel mai important rând, are ca scop să ajute pacientul să vadă gândurile ca pe nişte gânduri, şi nu ca pe nişte fapte. Conţinutul acelor gânduri nu este atât de important, iar schimbarea lui nu e necesară. Pe baza faptului că noi înşine practicăm mindfulness, putem ghida uneori pacientul să privească o cogniţie negativă ca fiind „doar un gând", apoi putem să îi redirecţionăm atenţia de la fluxul gândurilor către sentimentele care se află dincolo de acesta.

Karen, o profesoară de liceu, tocmai terminase un alt an şcolar şi mi-a relatat că se simte deprimată. „Mă tot gândesc că nu am făcut mare lucru ca profesoară anul ăsta, că nu sunt suficient de bună ca să predau." Ce îmi spunea nu se potrivea cu ce îmi relatase în decursul anului, când păruse, în

general, că are încredere în capacitatea ei de a face faţă provocărilor muncii sale. I-am spus lucrul acesta şi am întrebat-o cum se simte când se gândeşte: „Nu sunt bună de nimic“. În loc să se concentreze asupra gândului, i-am sugerat să fie atentă la senzaţia ei corporală. A reuşit să identifice un „nod” familiar în stomac. Când i-am cerut să respire în nod şi să vadă dacă are vreo emoţie asociată, mi-a spus: „Tristeţe". Şi ochii i s-au umplut de lacrimi. Am explorat posibilitatea ca gândurile ei negative, în loc să fie o evaluare corectă a abilităţilor ei ca profesor, să apară din sentimentul ei de tristeţe, şi ca, poate, tristeţea să fie o reacţie la finalul anului şcolar, la anticiparea faptului că va fi părăsită de elevii ei, la fel cum fusese lăsată în urmă şi de alţi oameni importanţi din viaţa ei.

Întrebările care pot contribui la direcţionarea procesului sunt:

• Poţi vedea asta ca fiind un simplu gând? (În loc să îţi spui „Nu sunt bun de nimic“, îţi poţi spune „Mă gândesc că nu sunt bun de nimic”?)

• Îţi poţi aminti o perioadă când nu credeai asta?

• Poţi merge dincolo de nivelul gândurilor, către sentimente şi senzaţiile fizice?

Desigur, în cazul lui Karen, gândul că nu e bună de nimic nu era *doar* un gând pentru că așa credea ea, iar explorarea cu mindfulness a dus la o serie de insight-uri terapeutice și asocieri.

Cultivarea autoacceptării și autocompasiunii

Angajându-ne într-o coexplorare cu mindfulness cu pacienții și încurajându-i să își examineze gândurile, îi ajutăm să se îndrepte către sursa durerii și suferinței lor. Implicită pentru mișcarea aceasta este o atitudine de acceptare, de a fi dispus să vezi și să simți ce e de văzut și de simțit. Însă, uneori, atitudinea aceasta de autoacceptare și autocompasiune poate fi cultivată mai direct.

„Sunt foarte supărat pe mine“, a spus Jack. „Mă simt ca un ratat.” Jack își făcea din nou gânduri negre legate de faptul că nu avea rezultate, pentru că, deși își dorea să ajungă muzician, era chelner. Chiar dacă avea o pregătire clasică, lui îi plăcea jazzul și nu se putea hotărî pe ce să se concentreze. „Oricum, a spus, nu exersez suficient și mi-e frică să interpretez, așa că poate ar trebui să renunț cu totul." Teritoriul ne era familiar din colaborarea noastră. Știam amândoi că Jack e produsul unei familii stricte și religioase. Mai știam și că pregătirea lui muzicală fusese în mâinile unor profesori duri, care cereau

perfecțiune. Nu e de mirare că avea tendința să fie critic cu el însuși. I-am amintit lucrul acesta și l-am întrebat dacă există vreo modalitate prin care ar putea fi blând cu el însuși, câtă vreme are astfel de gânduri negative.

În loc să conteste gândurile negative sau sentimentele dureroase din spatele lor, uneori e important să ajuți pacientul să își susțină experiența cu un sentiment de compasiune. Niște întrebări care pot facilita această schimbare sunt:

• Cum relaționezi cu durerea ta?

• Date fiind istoricul și temperamentul tău, poți înțelege de ce te simți cum te simți?

• Poți da dovadă de puțină compasiune pentru tine, când treci prin momentele acestea dificile?

Aici începem să vedem o diferenţă între durere şi suferinţă. În psihologia budistă, durerea e inevitabilă, dar suferinţa nu e. *Durerea* este experienţa iniţială atunci când te înţeapă o albină sau te dă afară un angajator. Doare. Nu ai cum să o ocoleşti. *Suferinţa* este ceea ce creăm noi când încercăm să ne opunem sau să negăm acea durere, reacţionând la ea cu gânduri de tipul „Nu e corect!“, „De ce mi s-a întâmplat mie chestia asta?”, „Nu suport aşa ceva!“, „Ce e în neregulă cu mine?”

sau „E numai vina mea, fir-ar să fie!".

În cele mai multe cazuri, depresia nu se datorează experienţei iniţiale a durerii. Depresie este ce se întâmplă când oamenii reacţionează la durere închizându-se, întorcând spatele, gândindu-se excesiv la ea, dând vina pe ei înşişi şi pierzându-se în suferinţa care apare în consecinţă.

Abordări ale depresiei bazate pe mindfulness

Deşi relativ nou, tratamentul depresiei bazat pe mindfulness evoluează rapid şi acoperă acum o gamă largă de abordări şi tehnici. Trăsătura comună e că terapeutul îi predă pacientului abilităţi de mindfulness, iar acesta e încurajat să exerseze respectivele abilităţi în timpul şedinţei de terapie, acasă sau în ambele situaţii. În secţiunea aceasta, vom avea mai întâi în vedere abordările bazate pe mindfulness în psihoterapia individuală, apoi vom discuta despre TCBM, unul dintre cele mai populare şi intens cercetate programe de grup pentru depresie.

Importanţa practicării de către terapeut

Cei mai mulţi clinicieni care practică psihoterapia bazată pe mindfulness sunt de acord că, pentru a aduce eficient mindfulness-ul în relaţia terapeutică, terapeutul

trebuie să practice el însuşi meditaţia cu mindfulness. E important pentru abordările inspirate de mindfulness şi absolut esenţial pentru abordările mai intensive, bazate pe mindfulness. Chiar dacă, la început, poate părea uşor să înveţi şi să exersezi mindfulness-ul, pentru a putea integra mindfulness-ul până la punctul în care se transformă într-un fel de a fi în lume — şi parte a prezenţei terapeutice a persoanei — e necesar exerciţiu. Pentru cei mai mulţi

oameni, e nevoie de mult timp petrecut pe perna de meditație pentru a ajunge la acest punct. Dacă persoana nu e dispusă personal să se angajeze în timp în practica aceasta, probabil nu ar trebui să încerce să predea abilităţi mai riguroase de mindfulness sau să facă psihoterapie bazată pe mindfulness. Pentru a ilustra ideea aceasta, cei care au dezvoltat TCBM (Segal et al., 2012) fac o analogie cu învățarea înotului:

Un profesor de înot nu e cineva care știe fizica modului în care se comportă solidele în lichide, ci care știe să înoate. Nu e doar o problemă de credibilitate și de competență, ci ține de capacitatea profesorilor de a întrupa „dinăuntru" atitudinile pe care îi invită pe participanţi să le cultive și să le adopte. Când am început munca aceasta, am considerat că e nerezonabil să ne așteptăm ca toţi instructorii să fi experimentat o astfel de practică de mindfulness sau chiar să fi practicat anterior. Ne-am răzgândit în privința aceasta.

(p. 79)

Cu alte cuvinte, a preda practica formală a mindfulness-ului nu înseamnă doar a da instrucțiuni. Se referă la felul în care saluți și te așezi pe scaun, în care răspunzi la întrebări, conflicte şi la tot ce mai aduce pacientul la întâlnirea terapeutică. Contribuția practicii pentru terapeut este descrisă detaliat în Capitolul 3.

Adaptarea abordării la individ

Există aproape la fel de multe modalităţi de a realiza psihoterapia bazată pe mindfulness cât sunt terapeuți și pacienți. Cel mai important e să găsești o abordare adaptată temperamentului pacientului, nivelului său de interes și nivelului său de experiență. Dacă, de exemplu, pacientul nu are vreun interes preexistent pentru practica mindfulness, terapeutul ar putea alege să înceapă cu o abordare informată asupra mindfulness-ului și să introducă ulterior abilitățile de mindfulness care ar putea fi utile pacientului.

Când a început să vină la mine, Melissei i se învârtea capul. La terapia de cuplu, soțul ei mărturisise că avusese o aventură cu o colegă de serviciu și ea nu știa ce să facă. Era clar supărată pe el, dar se învinovățea singură pentru că

„se lăsase prostită“. Se simțea prost pentru că era șomeră și nu avea un simț al

direcției în carieră. „Trebuie să fac ceva în privința asta”, a zis. Sărea de la un subiect la altul, de la o poveste la alta. După ce am ascultat-o vreme de câteva săptămâni, i-am sugerat că, înainte de a-și da seama ce să *facă*, ar fi bine să învețe cum să *fie* cu lucrurile așa cum sunt. I-am povestit despre practica mindfulness, despre cum presupune să treci din *modul a face* în *modul a fi* și despre cum schimbarea aceasta poate uneori să deschidă spațiul, astfel încât să apară noi posibilități. Deși sceptică, a spus că era dispusă să încerce și am învățat-o exercițiul respirației cu mindfulness. După câteva minute, ne-am oprit. Tăcerea din cameră era palpabilă. Și-a deschis ochii, m-a privit și, pentru prima dată, a putut să îmi susțină privirea pentru mai mult de o secundă sau două. Părea mai calmă și mi-a spus că exercițiul o ajutase să intre în legătură cu trupul ei, iar acesta părea un loc bun din care să înceapă.

Chiar dacă nu mai meditase până atunci, prima experiență a Melissei a fost una pozitivă. Și când a deschis ochii, a putut începe să vadă o nouă modalitate de a relaționa cu problemele ei. Următoarea noastră sarcină avea să fie să stabilim cât de interesată era să își dezvolte capacitățile de mindfulness și cât timp ar fi dispusă să aloce exercițiilor de mindfulness în afara ședințelor noastre.

Dacă, pe de altă parte, pacientul are deja o practică de meditație și solicită tratament bazat pe mindfulness, atunci accentul nu cade pe predarea abilităților de mindfulness, ci pe aprofundarea lor și pe aplicarea lor ca trăire a depresiei. Cu astfel de pacienți, terapeutul poate începe pur și simplu sugerând să stea împreună în liniște vreme de câteva minute, la debutul fiecărei ședințe.

Mulți pacienți sunt undeva la mijloc. Poate au cochetat cu meditația, dar nu au practicat niciodată în mod regulat. Poate au auzit că mindfulness-ul i-ar putea ajuta, dar nu știu de unde să înceapă. Pentru astfel de persoane, preocuparea este, în general, triplă: (1) găsirea practicii potrivite, (2) găsirea unor modalități de a o integra în ședință și (3) ajutarea pacientului să își integreze practica în viață.

Găsirea practicii potrivite

Poate nu e realist să te aștepți ca oamenii deprimați să dedice 20 de minute pe zi sau mai mult practicării meditației formale, așadar e bine să începi cu ceva

scurt, recomandând un exercițiu succint, cum ar fi spațiul de respirație de trei minute (Williams et al., 2007). Multor pacienți le place să înceapă fiecare ședință cu un astfel de exercițiu. Nu numai că le oferă ocazia de a se liniști și de a aduce o oarecare atenție asupra experienței lor interioare, ci le oferă și o modalitate de a

trece de la modul a face la modul a fi (Segal et al., 2002), de la agitația vieților lor cotidiene în spațiul sacru al orei de terapie. Iată o adaptare a exercițiului[10].

MINIPAUZA PENTRU MINDFULNESS

• Șezi într-o poziție dreaptă, cu picioarele așezate pe podea și corpul într-o postură dreaptă, dar relaxată. Lasă ochii să se închidă dacă ți se pare în regulă. Dacă nu, privește în jos către podea la câțiva pași în fața ta.

• Orientează-ți conștientizarea spre trup–minte și recunoaște orice senzații puternice sau energie pe care o găsești. Numește pe scurt experiența, dacă poți (spunându-ți ceva de genul „încordare în partea de jos a spatelui“, „sentiment de anxietate” sau „obsedat de conferința telefonică de ieri").

• Redirecționează-ți conștientizarea asupra senzațiilor respirației, concentrându-te asupra abdomenului care se ridică și coboară cu fiecare inspirație și expirație. Atât cât poți, fă din respirație obiectul exclusiv al atenției, rămânând asupra ei cel puțin un minut sau două. Când atenția ți se îndepărtează, lasă deoparte orice ar fi făcut-o să se îndepărteze și adu-o delicat înapoi la respirație.

• Rămânând conectat cu respirația, extinde-ți treptat câmpul conștientizării

pentru a include întregul corp, astfel încât să existe o conștientizare a senzațiilor respirației alături de alte senzații din corp.

• Continuă să extinzi câmpul conștientizării, adăugând sunetele și experiența auzului. Observă doar sunetele cum apar și trec.

• Când ești gata, deschide ochii și extinde conștientizarea asupra următorului lucru pe care îl gândești, îl simți, îl spui sau îl faci.

Concentrarea şi practicile mindfulness

Respiraţia poate fi folosită pentru a construi concentrarea (atenţia concentrată), caz în care aria de concentrare e una redusă şi accentul cade pe atenţia unidirecţionată sau poate fi folosită pentru a cultiva mindfulness per se (monitorizarea deschisă), în care aria de concentrare e mai amplă şi accentul cade pe observarea naturii schimbătoare a experienţei (vezi Capitolele 1 şi 7). Oricum ar fi, respiraţia serveşte ca o ancoră, un obiect care păstrează conştientizarea legată de momentul prezent. Folosită încă din Antichitate ca punct de concentrare pentru meditaţie (Rosenberg, 1998), respiraţia ne ţine la propriu în viaţă clipă de clipă şi are avantajul de a fi întotdeauna cu tine şi oricând disponibilă. Şi, deşi operează în general în spatele conştientizării noastre, ca parte a sistemului nervos autonom,

putem aduce conştientizarea conştientă asupra ei relativ uşor, contribuind la reunirea trupului cu mintea (Bien, 2006).

Unii pacienţi nu sunt însă atraşi de respiraţie sau o găsesc problematică. Pentru aceste persoane, senzaţiile corporale pot reprezenta o alternativă. Unii oameni preferă o scanare a trupului, în care atenţia este direcţionată spre diferite părţi ale trupului, iar unii se descurcă mai bine dacă îşi concentrează atenţia asupra punctelor de contact — zone unde corpul vine în contact cu scaunul, podeaua şi cu el însuşi. Aducerea mindfulness-ului asupra corpului are beneficiul suplimentar de a distrage atenţia de la gânduri, ceea ce le poate fi util pacienţilor care au tendinţa de a rumina.

Alte obiecte, cum ar fi sunetele, pot servi şi ele drept ancore. Deşi nu intră în scopul acestui capitol să ofere un ghid complet al avantajelor relative ale diferitelor obiecte de meditaţie şi pentru toate diferenţele dintre practica mindfulness şi cea a concentrării, în general e o idee bună să le dai pacienţilor ocazia să exerseze cu o varietate de obiecte, pentru a stabili care sunt cele mai utile. Pentru mai multe detalii privind subiectul acesta, vezi Pollak şi colegii (în tipar la data apariţiei volumului în limba engleză), Salzberg (2011) şi R. Siegel (2010b).

Practicile bunătăţii iubitoare şi compasiunii

Un alt set valoros de practici pentru tratarea depresiei presupune cultivarea

bunătăţii iubitoare (Salzberg, 2002) şi a autocompasiunii (Germer, 2009). În cadrul acestor exerciţii, persoana îşi doreşte sieşi şi celorlalţi binele, repetând anumite propoziţii, cum ar fi: *Fie să fiu fericit. Fie să fiu împăcat. Fie să nu sufăr* (vezi Capitolele 1 și 7)

Aceste practici pot fi un antidot puternic pentru gândurile şi sentimentele negative care în acelaşi timp hrănesc depresia şi sunt rezultatul depresiei. Chiar dacă afirmaţia aceasta are sens la nivel intuitiv, cele mai recente cercetări încep şi ele să o susţină (de exemplu, Boellinghaus, Jones şi Hutton, 2012). O analiză academică recentă subliniază unele dintre modalităţile în care „spiralele ascendente“ ale emoţiilor pozitive generate de meditaţii cu mindfulness şi bunătate iubitoare pot contracara „spiralele descendente” ale negativităţii resimţite de pacienţii deprimaţi (Garland et al., 2010).

Integrarea mindfulness-ului în psihoterapie

După ce un pacient a găsit practici care îl ajută să cultive mindfulness-ul, întrebarea devine: Cum încorporăm aceste practici în munca noastră comună? Din nou, există mai multe abordări posibile, iar cheia e flexibilitatea. Poate ne începem

ședințele stând împreună în liniște, exersând mindfulness-ul pentru respirație. Sau poate că luăm o *minipauză pentru mindfulness*, când lucrurile devin prea înspăimântătoare sau confuze. Sau am putea agrea să facem o meditație ghidată pentru a muta atenția de la gândirea ruminativă la senzațiile din corp.

Odată ce a fost stabilită practica mindfulness, aceasta le oferă terapeutului şi pacientului şi un cadru de referinţă comun şi va schimba subtil întrebările terapeutului. De exemplu, dacă un pacient descrie o ceartă cu partenerul său, terapeutul poate întreba:

• Erai conştient de respiraţia ta vreun pic în timpul disputei aceleia?

• Îţi poţi orienta atenţia asupra respiraţiei acum, când îţi aminteşti experienţa?

• Asta schimbă în vreun fel experienţa ta?

Când includem mindfulness-ul în practica noastră clinică, e util să nu uităm

că suntem terapeuţi, nu profesori de meditaţie; competenţa noastră stă în formarea noastră clinică. Cea mai importantă sarcină a noastră şi o parte esenţială a vindecării pe care sperăm să o facilităm rămâne să ascultăm cu atenţie poveştile pacienţilor noştri. Astfel, uneori doar ascultăm — redirecţionarea atenţiei pacientului asupra propriei respiraţii la momentul nepotrivit poate fi resimţită ca un eşec empatic.

În schimb, o astfel de redirecţionare, când e utilă, poate permite unei persoane să creeze un spaţiu în jurul durerii şi, în cadrul procesului, poate să îi schimbe relaţia cu aceasta. A şti când să asculţi şi când să aduci o intervenţie bazată pe mindfulness este o artă, nu e ştiinţă. Din fericire, propria practică de mindfulness ne poate inspira opţiunile, menţinându-ne acordaţi la fluxul şedinţei (vezi Capitolul 5). Cazul următor ilustrează o serie de feluri în care mindfulness-ul şi psihoterapia pot fi integrate în tratarea depresiei.

Roger, în vârstă de 34 de ani, era tatăl divorţat al unui băiat de vârstă mică. După ce s-a pronunţat divorţul, s-a afundat într-o depresie profundă. Având gânduri de sinucidere, a contactat un psihiatru, care i-a prescris ISRS şi a început să se vadă săptămânal cu el. Acest lucru i-a redus unele dintre simptome, inclusiv gândurile de sinucidere. Numai că, după un an, tot nu se simţea grozav şi era nefericit din cauza greutăţii acumulate, pe care o punea pe seama medicamentelor. Citise despre meditaţie, se gândise că i-ar putea fi utilă o abordare bazată pe mindfulness, astfel că a fost trimis la mine.

„Viaţa mea e un dezastru", a fost primul lucru pe care mi l-a spus Roger după ce l-am condus în biroul meu. Îmbrăcat în pantaloni de trening şi cu un tricou, mergea în cârje din cauza unei operaţii pe care o suferise recent la

picior. Mi-a povestit că fusese implicat într-un accident de maşină în adolescenţă, în urma căruia fusese rănit grav la un picior şi fusese supus unei serii de operaţii de-a lungul anilor, pentru a se vindeca. Aflat la momentul respectiv în concediu medical, era îngrijorat de întoarcerea la serviciu. De asemenea, era copleşit de sentimente de singurătate, lipsă de valoare şi dorinţa de a fi implicat într-o relaţie intimă sănătoasă. De când mariajul său luase sfârşit, fusese implicat în mai multe relaţii de scurtă durată, toate terminându-se dureros. Când l-am întrebat ce obiective are, mi-a spus că vrea „să aibă o relaţie şi să găsească pacea interioară", dar a adăugat că, din experienţa lui, aceste obiective se excludeau reciproc.

Roger fusese crescut de o mamă singură alcoolică, ce se chinuia să se descurce. Nu-şi cunoscuse niciodată tatăl şi nu se simţise niciodată iubit de mama lui, care îşi avea propriile probleme. Rana de la picior contribuise la sentimentul că e defect şi nu poate fi iubit de nimeni. Însă Roger avea şi puncte tari. Student eminent, îşi găsise după facultate un post la o companie de programare nou-înfiinţată. Cum compania prospera, la fel făcea şi el, astfel că financiar îi mergea bine. Cariera sa alături de angajamentul de a fi un tată bun pentru fiul său erau surse importante ale respectului de sine.

Deşi spunea că e interesat de meditaţie, Roger nu practicase formal. Prin

urmare, după ce i-am ascultat povestea vreme de mai multe săptămâni, l-am învăţat un exerciţiu elementar de mindfulness aplicat respiraţiei, i-am sugerat să începem fiecare şedinţă cu o *minipauză pentru mindfulness* şi l-am încurajat să exerseze acasă.

Primele rezultate au fost amestecate. Roger spunea că îi e greu să exerseze, fiindcă mintea îi era „prea activă“ şi „prea plină de gânduri negative”. La fel ca mulţi începători, avea idei despre cum ar trebui *să se simtă* meditaţia şi era descumpănit că practica lui nu se ridică la înălţimea lor. Nu e de mirare că a adus şi tendinţa lui de autocritică în practicarea mindfulness. Se gândea adesea: „Nu pot să fac asta“ sau „Ce e în neregulă cu mine?” Sperând să contracareze spiralele gândurilor negative, l-am învăţat practica bunătăţii iubitoare — numai că a spus că nu se vede pe el trimiţându-şi sieşi astfel de dorinţe blânde.

Între timp, Roger a continuat să fie măcinat de incapacitatea lui de a avea o relaţie, având deseori aceleaşi gânduri negative în această arie problematică a vieţii sale. „N-are niciun rost", a spus el. Poate ar trebui să renunţ, pur şi simplu.

În tot acest timp, m-am bazat pe propria practică mindfulness pentru a mă ajuta să aduc o doză de calm şi de acceptare frustrării şi deznădejdii lui Roger

şi emoţiilor similare pe care le aveam adesea când stăteam cu el. Am încercat să rămân conectat la durerea sa — şi la a mea — şi să nu renunţ la el sau la speranţa că am putea găsi o altă modalitate de a relaţiona cu experienţa sa. În cele din urmă, i-am povestit despre grupurile TCBM pentru care sunt

facilitator, alături de un coleg, și i-am sugerat să se înscrie, ca modalitate de a-și aprofunda practica. A acceptat imediat și acesta a fost un punct de cotitură în tratamentul lui.

Puterea mindfulness-ului întâlnește puterea grupului

TCBM (Segal et al., 2002) este un tratament pentru depresia recurentă, care și-a demonstrat eficiența în cadrul unei serii de teste randomizate controlate (Kuyken et al., 2008; Ma și Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000). Pornind de la programul de reducere a stresului bazat pe mindfulness (RSBM), dezvoltat de Jon Kabat-Zinn (1990), TCBM include elemente de terapie cognitivă care țintesc gândurile negative asociate cu depresia. Cei care l-au dezvoltat îl descriu ca fiind „80% meditație, 20% terapie cognitivă" (Law, 2008). Programul introduce o varietate de tehnici de mindfulness, oferă ocazii pentru discuții și include teme pentru acasă care au ca scop să îi ajute pe pacienți să stabilească o practică zilnică de

mindfulness. Obiectivul este acela de a-i ajuta pe participanți să aplice mindfulness experienței de clipă-de-clipă a depresiei, astfel încât să poată relaționa cu gândurile, sentimentele și senzațiile corporale dureroase cu o mai mare acceptare și ușurință, în loc de a recurge la mecanisme de apărare autosabotoare, cum ar fi ruminația și negarea.

TCBM pare deosebit de eficientă pentru a reduce ruminația. Pentru mulți pacienți deprimați, ruminația este o tentativă de a folosi capacitățile de gândire critică pentru a rezolva problemele emoționale, iar în cadrul acestui proces, de a acoperi golul dintre locul unde se află și cel unde și-ar dori să fie. Însă, în loc să avanseze, ruminația aceasta îi ține pe loc. Și, cu cât se chinuiesc mai mult, cu atât se cufundă mai adânc:

Măcinatul eșuează invariabil. Nu face decât să ne sporească nefericirea. E o tentativă eroică de a rezolva o problemă pe care, pur și simplu, nu e capabil să o rezolve. Un cu totul alt mod al minții e necesar atunci când vine vorba de a ne confrunta cu nefericirea. (Williams et al., 2007, p. 45)

Roger rumina mult, acesta fiind unul dintre motivele pentru care am considerat că i-ar fi utilă participarea la un grup de TCBM.

Găsirea unei căi de a ajunge dincolo

La început, experiența lui Roger în cadrul grupului a fost departe de a fi una pozitivă. De fapt, la ședința noastră individuală de după întâlnirea de grup, Roger mi-a spus că se gândea să renunțe, fiindcă „e ciudat“. S-a hotărât totuși să rămână și să facă din temă o prioritate, exersând cel puțin 30 de minute zilnic. După mai multe săptămâni, mi-a relatat că „avusese un declic undeva” și că înțelesese, într-un final, ce e mindfulness-ul:

„E ca și cum totul ar fi cu susul în jos, dar într-un sens bun. Simt că pot să fiu conștient de toate aceste gânduri și sentimente, fără să le iau prea mult în serios. În plus, încep să regândesc ce înseamnă să fiu fericit. Poate că răspunsul nu e să fiu implicat într-o relație."

Roger a terminat terapia de grup și a continuat cu practica zilnică. De asemenea, a început să meargă la cursuri la un centru local de meditație și chiar a mers la un scurt atelier. În cadrul ședințelor noastre individuale, Roger era mai optimist și mai încrezător. Era clar că începuse un proces de transformare. Când mi-a spus că vrea să încerce să renunțe la ISRS, și eu, și psihiatrul l-am susținut. În scurtă vreme, a slăbit câteva kilograme, a început să meargă la sală și s-a înscris la

un serviciu de întâlniri online. După câteva luni, mi-a spus că e gata să renunțe la terapie, pentru că era prea ocupat cu serviciul, cu fiul său și cu viața sa. Venise vremea să meargă mai departe.

Cum funcționează?

Un studiu recent (Kuyken et al., 2010) sugerează că TCBM este un tratament eficient pentru depresie, deoarece nu doar stimulează mindfulness-ul și autocompasiunea la nivelul pacienților, ci și reduce reactivitatea la gândirea negativă. Următorii factori pot contribui și ei la eficiența sa:

1. *Îi ajută pe oameni să își stabilească o practică zilnică*. Cercetările au indicat că practicarea regulată a meditației are efecte pozitive asupra structurii și funcționării creierului (Davidson, 2004; Hölzel et al., 2008: Lazar et al., 2005).

2. *Îi ajută pe oameni să integreze practica în viaţa zilnică*. Graţie unor exerciţii ca pauza de respiraţie de trei minute şi temele pentru acasă, care aduc mindfulness-ul în activităţile zilnice, TCBM le arată participanţilor că mindfulness-ul nu este doar o practică formală rezervată pernei de meditaţie, ci şi o modalitate de a relaţiona cu viaţa.

3. *Reduce ruminaţia*. Mutând atenţia dinspre gânduri către alte aspecte ale

experienţei, ia o parte din puterea nesfârşitei noastre gândiri negative (Williams et al., 2007).

4. *Îi ajută pe oameni să deconstruiască depresia*. Desfăcând depresia în gânduri, sentimente şi senzaţii corporale, TCBM le oferă oamenilor o cale de intrare şi, în cele din urmă, o cale de a străbate depresia.

5. *Îi ajută pe oameni să se dezidentifice de simptome*. Când oamenii recunosc că gândurile, sentimentele şi alte simptome fac parte din teritoriul depresiei, le pot vedea mai uşor ca efemere şi impersonale.

6. *Îi ajută pe oameni să răspundă, nu să reacţioneze la simptomele lor*. Odată ce îşi văd simptomele drept ce sunt, participanţii sunt mai în măsură să răspundă adecvat în loc să reacţioneze în moduri obişnuite, autodistructive.

7. *Oferă sprijinul grupului şi validare*. Oferindu-le participanţilor ocazia de a lucra alături de alţii care se luptă cu probleme similare, TCBM reduce stigmatul, ruşinea şi izolarea depresiei.

Desigur, mulţi dintre aceşti factori nu se aplică doar TCBM-ului, ci şi tratamentului inspirat de mindfulness şi tratamentului bazat pe mindfulness.

Depresia continuă să fie o provocare pentru pacienţii care suferă de ea şi pentru terapeuţii care îi tratează. Deşi mulţi pacienţi care participă la tratamente bazate

pe mindfulness au parte de îmbunătăţiri semnificative, alţii fie nu sunt interesaţi de abordarea aceasta, fie o încearcă, dar nu pare că le-ar aduce vreun beneficiu. Până când cercetările vor reuşi să identifice care pacienţi au şanse mai mari de a beneficia de pe urma TCBM-ului şi altor abordări bazate

pe mindfulness, noi, terapeuţii, trebuie să continuăm să ne bazăm pe judecata noastră clinică şi pe feedback-ul oferit de pacienţi. Dat fiind că pacienţii răspund diferit la forme diferite de tratament, îi servim cel mai bine dacă ne dezvoltăm competenţe pentru a folosi o varietate de intervenţii şi dacă verificăm *împreună cu pacienţii noştri* dacă tratamentul se îndreaptă în direcţia corectă (Horvath et al., 2011). În privinţa aceasta, folosirea intervenţiilor bazate pe mindfulness nu diferă de folosirea oricărei alte abordări: ne întrebăm pacienţii dacă ar fi deschişi să afle despre practica mindfulness, să evalueze cât de bine funcţionează şi suntem pregătiţi cu abordări alternative. Putem, cel puţin, să ne folosim întotdeauna propria practică mindfulness pentru a rămâne, pe cât posibil, pe deplin prezenţi pentru ei, pentru a-i ajuta să se simtă conectaţi şi mai vii, chiar şi în mijlocul durerii lor.

---

[10] Exerciţiul acesta e adaptat din Williams, Teasdale, Segal şi Kabat-Zinn (2007). Adaptat cu permisiune.

CAPITOLUL 9

Anxietatea

Să accepți ce vine și să faci ce contează

Lizabeth Roemer, Susan M. Orsillo

Când simţim doar teama aşa cum e — fără părerile, judecăţile şi reacţiile noastre —, teama nu mai e nici pe departe atât de înspăimântătoare.

EZRA BAYDA (2005)

Anxietatea şi teama sunt reacţii umane normale. Resimţim teamă atunci când ne confruntăm cu o ameninţare imediată sau cu un pericol, cum ar fi atunci când ieşim pe stradă şi auzim scrâşnet de frâne când se îndreaptă un autobuz spre noi. Corpurile noastre au o reacţie de tip luptă-sau-fugi, care face să ne crească ritmul cardiac, să ne transpire palmele şi să ne circule sângele rapid către membre, astfel încât să putem lua imediat măsuri şi să scăpăm de ameninţare, punându-ne la adăpost. În faţa unui pericol real, acesta e un răspuns adaptativ. Aceleaşi senzaţii de panică pot însă apărea în absenţa unei ameninţări reale, suscitate de amintirea unui

eveniment trecut sau de un pericol viitor imaginat, pregătindu-ne să ne luptăm sau să fugim atunci când nu este necesară nicio acţiune clară. În plus, angajarea deplină în viaţă ne impune deseori să abordăm ameninţări reale, cum ar fi acceptarea unei provocări în carieră, când am putea da greş, sau acceptarea unui risc social, când am putea fi respinşi. În aceste situaţii, predispoziţia noastră biologică de a evita pericolul şi de a căuta siguranţa ar putea să nu fie reacţia optimă. Resimţim în mod natural anxietate atunci când anticipăm o situaţie potenţial ameninţătoare: ne temem, ne facem griji în privinţa rezultatelor posibil negative şi simţim că suntem la limită sau în gardă. Răspunsurile acestea pot fi şi utile; uneori, ne ajută să ne pregătim pentru greutăţi potenţiale şi să ne gândim la modalităţi de a minimiza pierderile sau daunele posibile. Şi totuşi, când teama anxioasă sau îngrijorarea se transformă într-un obicei rigid, putem pierde legătura cu momentul prezent, iar pregătirea permanentă pentru ameninţările viitoare ne poate eroda calitatea vieţii.

Chiar dacă teama şi anxietatea sunt răspunsuri naturale şi inevitabile pentru viaţă, mesajul pe care ni-l trimit poate naşte confuzie. Simţim nevoia acută de a scăpa de pericol când nu e prezentă nicio ameninţare clară. Ne simţim forţaţi să controlăm viitorul, în ciuda faptului că multe aspecte sunt dincolo de puterea noastră de a le controla. Astfel, nu e de mirare că reacţionăm deseori la propria frică şi anxietate cu judecată şi critică şi ne considerăm gândurile şi emoţiile un semn de

slăbiciune sau defecte care ne împiedică să ducem o viaţă împăcată şi plină de împliniri.

Deşi putem învăţa să răspundem situaţiilor, gândurilor şi sentimentelor cu teamă, judecată şi evitare, putem învăţa să cultivăm un răspuns cu mindfulness, compasiune şi acceptare pentru experienţa noastră. Practica de a ne îndrepta delicat către sentimentele şi senzaţiile anxioase cu blândeţe şi compasiune, aducând în permanenţă atenţia asupra momentului prezent, chiar şi atunci când fuge repetat către evenimente viitoare imaginate şi temute, poate contribui la contracararea răspunsurilor anxioase învăţate şi poate promova satisfacţia în viaţă. A învăţa să accepţi orice experienţe interne ar apărea (de exemplu, senzaţii de panică, gânduri despre ce vor crede ceilalţi, griji pentru viitor), în loc să le reprimi sau să le eviţi, poate, în mod paradoxal, reduce tulburarea şi grăbi recuperarea după episoadele anxioase. Strategiile acestea ne pot ajuta să trecem de la retragere şi restricţionarea vieţilor noastre la abordarea şi îmbogăţirea lor.

Fundamentate pe tradiţiile budistă şi comportamentală, terapiile comportamentale bazate pe mindfulness şi acceptare au fost dezvoltate pentru a-i ajuta pe oameni să înveţe aceste moduri noi de a răspunde, pentru a reduce simptomele de anxietate şi a creşte calitatea vieţii. În capitolul acesta vom trece succint în revistă dovezile empirice pentru abordările acestea, inclusiv activitatea noastră în

domeniile respective. Vom prezenta apoi un model conceptual bazat pe dovezi, care poate ghida abordările bazate pe mindfulness şi pe acceptare pentru tratarea anxietăţii, alături de o privire de ansamblu asupra abordării noastre integrate a tratamentului, cu exemple ilustrative[11].

Dovezi pentru eficiența tratamentelor pentru anxietate bazate pe mindfulness și acceptare

Tratamentele cognitiv-comportamentale includ o combinație a următoarelor abordări: explicarea naturii anxietății; a-i ajuta pe oameni să monitorizeze și să își crească nivelul de conștientizare și înțelegere a propriilor răspunsuri anxioase; a încuraja expunerea la stimulii temuți (fie ei externi, cum ar fi situațiile sociale, fie interni, cum ar fi senzațiile asociate panicii) și a identifica și a contesta gândurile și convingerile asociate anxietății. Aceste intervenții s-au dovedit a fi tratamente eficiente pentru toate tulburările anxioase (anxietate generalizată, panică fără și cu agorafobie, anxietate socială, stres posttraumatic, tulburare obsesiv-compulsivă și fobii specifice [Hofmann și Smits, 2008]). Și totuși, nu toți cei care au parte de aceste tratamente răspund la ele, iar unele tratamente au o rată mare de renunțare sau refuz.

În ultimul deceniu, a crescut interesul pentru explorarea eficienței potențiale a tratamentelor bazate pe mindfulness și pe acceptare pentru tratarea tulburărilor anxioase[12]. Deși cercetările asupra acestor abordări sunt încă la început, rezultatele sunt promițătoare. O metaanaliză recentă a indicat că tratamentele bazate pe mindfulness sunt asociate cu reduceri semnificative și fidele ale anxietății și simptomelor depresive în cadrul studiilor privind o gamă largă de probleme prezentate (Hofmann et al., 2010). Mai precis, s-a observat că terapiile bazate pe mindfulness și pe acceptare duc la reduceri semnificative ale simptomelor anxietății la indivizi[13] diagnosticați cu anxietate socială (AS; Dalrymple și Herbert, 2007; Koszycki, Benger, Shlik și Bradwejn, 2007; Kocovski, Laurier și Rector, 2009; Piet, Houggard, Hecksher și Rosenberg, 2010), anxietate generalizată (AG; Craigie, Rees și Marsh, 2008; Evans et al., 2008; Roemer și Orsillo, 2007; Roemer et al., 2008) și tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC; Twohig et al., 2010). Dovezile preliminare sugerează, de asemenea, că tratamentele îmbunătățesc semnificativ calitatea vieții pentru indivizii cu anxietate generalizată sau anxietate socială (Craigie et al., 2008; Koszycki et al., 2007; Roemer și Orsillo, 2007). Cu toate acestea, doar două studii au demonstrat, deocamdată, îmbunătățiri semnificative în cazul unei situații comparative (Roemer et al., 2008; Twohig et al., 2010) și niciun studiu nu a descoperit că aceste terapii ar fi mai eficiente decât tratamentele dovedite eficiente

stabilite pentru tulburările vizate[14]. Totuşi, două studii recente au descoperit că aceste terapii conduc la efecte comparabile cu cele ale tratamentelor dovedite eficiente (terapia acceptării şi angajamentului [TAA], pentru un eşantion de clienţi cu tulburări mixte de anxietate [Arch et al., 2012]) şi ale terapiei noastre comportamentale bazate pe acceptare, pentru anxietatea generalizată (Hayes-Skelton, Roemer şi Orsillo, în curs de tipărire la data publicării volumului în engleză). De asemenea, unele studii derulate cu privire la intervenţiile bazate pe mindfulness au indicat efecte mai reduse decât studiile privind terapiile cognitiv-comportamentale pentru aceleaşi tulburări (de exemplu, Craigie et al., 2008; Evans et al., 2008; Koszycki et al., 2007; Piet et al., 2010). Se poate ca tratamentele să fie mai eficiente când includ elemente ale tratamentelor cognitiv-comportamentale (de exemplu, Arch et al., 2012; Dalrymple şi Herbert, 2007; Roemer et al., 2008; Twohig et al., 2010) în loc să se concentreze doar asupra elementelor bazate pe mindfulness; sunt, însă, necesare mai multe cercetări pentru a clarifica dacă aşa stau, de fapt, lucrurile. Şi totuşi, dată fiind eficienţa demonstrată a tratamentelor cognitiv-comportamentale pentru tulburările anxioase, includerea unui tip de expunere sau a altor strategii de abordare comportamentală, automonitorizarea răspunsului la anxietate şi psihoeducaţia cu privire la anxietate sunt indicate clinic în acest moment al cunoştinţelor noastre.

În cadrul cercetărilor derulate de noi cu persoanele care întrunesc criteriile pentru anxietate generalizată, am observat că un tratament comportamental integrativ bazat pe acceptare, care are la bază tratamentele cognitiv-comportamentale bazate pe dovezi pentru anxietatea generalizată (Borkovec, Alcaine şi Behar, 2004), precum şi terapiile comportamentale bazate pe acceptare (TAA [Hayes et al., 1999]; terapia cognitivă bazată pe mindfulness [TCBM; Segal et al, 2002], terapia comportamental-dialectică [TCD; Linehan, 1993a]) reduce semnificativ simptomele de anxietate generalizată şi depresie comorbidă, cu o tendinţă de îmbunătăţire şi pentru alte tulburări comorbide (Roemer et al., 2008). Vedem clienţi care se prezintă cu o multitudine de diagnostice suplimentare (de exemplu, anxietate socială, tulburare de panică, tulburări depresive majore), precum şi cu vieţi complicate, care contribuie la îngrijorarea şi stresul resimţite. În restul acestui capitol, vom împărtăşi ce am aflat din activitatea aceasta, din activitatea altora în această arie şi din experienţa noastră proprie cu anxietatea, pentru a-i

ajuta pe cititori să elaboreze terapii eficiente și individualizate pentru clienții lor cu tulburări anxioase și alte provocări asociate anxietății.

Un model bazat pe dovezi pentru anxietate și tulburările sale; o abordare comportamentală bazată pe mindfulness

și acceptare

Oamenii sunt ființe complexe, multifațetate, care diferă mult în ceea ce privește alcătuirea biologică, modul obișnuit de a răspunde la oameni sau situații, experiențe pe care le-au avut de-a lungul vieții și contexte în care trăiesc. Și totuși, în mijlocul acestei varietăți, se remarcă anumite teme consecvente, care pot oferi fundamentele pentru a înțelege și, în cele din urmă, a ajuta oamenii. Psihologia budistă ne oferă o resursă pentru a înțelege de ce suferă oamenii și cum să reducem suferința, iar teoria psihologică occidentală ne oferă o alta. E deosebit de încurajator când surse disparate de înțelepciune oferă perspective care se suprapun. Abordarea noastră e influențată de sfaturile date de Teasdale, Segal și Williams (2003), care subliniază importanța dezvoltării unui model conceptual clar, bazat pe dovezi, care să poată fi folosit pentru a inspira aplicarea mindfulness-ului unei anumite prezentări clinice. Vom descrie aici modelul care ne ghidează tratamentul.

Neuroștiința și teoria învățării subliniază funcția fricii și anxietății în promovarea supraviețuirii speciei noastre. Și totuși, așa cum am observat anterior, putem dezvolta obiceiuri care ne blochează într-un ciclu nesfârșit de evitare a situațiilor care nu ne amenință viața și ne fac să ne imaginăm catastrofe potențiale, fără a genera vreo soluție. Teoriile psihologice budistă și occidentală subliniază amândouă

modurile prin care oamenii pot ajunge să își dezvolte obiceiuri blocate ale minții, răspunzând mereu cu anumite tipuri de gânduri și crezându-le — fapt datorat, în parte, repetării lor neîncetate. Cu cât merg mințile noastre mai mult pe căile acestea, cu atât se uzează mai mult, astfel încât gândurile noastre cad din ce în ce mai mult în tipare familiare. Deseori, gândurile

acestea obişnuite poartă cu ele sugestii de evitare a unei potenţiale ameninţări, dar urmarea acestor sugestii ne-ar putea ţine blocaţi, şi nu în siguranţă.

A reacţiona la experienţele interne cu distres, critică şi judecată

Una dintre observaţiile cele mai importante şi consecvente care au apărut în domeniul tulburărilor anxioase este că experienţa anxietăţii sau fricii în sine (de exemplu, senzaţii de panică, gânduri îngrijorătoare, imagini catastrofice, amintiri dureroase recurente) nu produce o tulburare de anxietate. În schimb, reacţiile noastre la aceste simptome sau *reacţia noastră la reacţiile noastre* (Borkovec şi Sharples, 2004) sunt cele care exacerbează intensitatea şi durata, produc tulburare şi ne afectează calitatea vieţii. De exemplu, oamenii care raportează un nivel crescut al sensibilităţii la anxietate (respectiv, cei care văd senzaţiile fiziologice ale anxietăţii ca fiind ameninţătoare) au şanse mai mari de a avea atacuri de panică şi

tulburare de panică (Ehlers, 1995); supravieţuitorii traumelor, cu atitudini negative privind exprimarea emoţională (de exemplu, „Cred că a te emoţiona e un semn de slăbiciune") se confruntă cu simptome exacerbate de stres posttraumatic (Joseph et al., 1997), iar cei care se îngrijorează excesiv relatează că îşi fac griji din cauză că sunt îngrijoraţi (Wells, 1999). Anxietatea poate conduce, de asemenea, la o *concentrare mai limitată* a atenţiei (atât internă, cât şi externă) la ameninţarea potenţială (Cisler şi Koster, 2010). În plus, deseori anxietatea suscită judecăţi negative şi critici („Sunt atât de slab!“, „Alţii nu-şi fac griji aşa cum îmi fac eu!”), ceea ce poate creşte, la rândul său, nivelul de anxietate.

Toate aceste reacţii îi pot face pe oameni să *se încurce în* (Germer, 2005a) sau *să se agaţe de* (Chödrön, 2007) experienţele lor de anxietate, astfel încât anxietatea ajunge să pară că se autodefineşte şi e atotcuprinzătoare. În loc să privim anxietatea ca pe un răspuns trezit într-un anumit context, am putea ajunge să ne definim ca fiind *anxioşi*, confundându-ne identitatea cu experienţele acestea. Astfel, devine mult mai dificil să vedem moduri în care gândurile, sentimentele şi senzaţiile apar natural, se schimbă şi trec cu timpul. Când senzaţiile şi gândurile anxioase par înfricoşătoare, definitorii şi neîncetate, oamenii ajung în mod natural să vrea să scape de ele şi să le evite.

Încercarea rigidă de a evita suferința

A încerca să nu te gândești, să nu simți sau să nu îți amintești ceva tulburător e absolut normal. Uneori, cu toții încercăm să ne scoatem din minte ceva stresant, astfel încât să ne putem concentra asupra celor aflate în fața noastră, distrăgându-ne de la amintirile dureroase pentru a ne simți mai puțin tulburați sau a controla senzațiile fizice care ne fac să ne simțim inconfortabil. Și totuși, studiile arată că eforturile rigide și repetate de a ne scoate din cap gândurile, sentimentele, senzațiile sau amintirile (respectiv, *evitarea experiențială*; Hayes et al., 1996) sunt deseori lipsite de succes și pot chiar să ne încurce și mai mult tocmai în experiențele de care încercăm să scăpăm (Gross, 2002; Levitt, Brown, Orsillo și Bralow, 2004; Najmi și Wegner, 2008). Gândește-te la o situație în care chiar trebuia să adormi, dar erai pe deplin treaz. Simpla dorință de a ți se face somn dă rateuri deseori.

A evita în loc de a aborda

Emoțiile sunt parțial adaptative, pentru că sunt asociate tendințelor la acțiune. Când ni se face frică, suntem înclinați să evităm sau să fugim de ce percepem drept o amenințare. Însă a ne angaja pe deplin în viață presupune să trecem uneori peste tendințele noastre la acțiune. De exemplu, pentru a invita pe cineva în oraș sau a

ține o prezentare în public, trebuie să fim deschiși la riscul posibil de a fi respinși sau criticați. Când teama și anxietatea sunt considerate reacții periculoase, intensificate și susținute de eforturile noastre de a le controla, am putea să nu fim dispuși să luăm măsuri care le-ar putea suscita. Chiar dacă evitarea unor amenințări potențiale aduce deseori un confort imediat, poziția aceasta poate duce la durere și suferință cronică, menținând temerile și tulburarea și limitând contactul cu aspectele recompensatoare și semnificative ale vieții.

Numeroase tulburări anxioase sunt asociate cu tipare puternice și evidente de evitare: oamenii cu anxietate socială ar putea evita să vorbească la ore; oamenii cu agorafobie ar putea evita locurile publice aglomerate; cei care suferă de stres posttraumatic ar putea evita acele elemente care le amintesc de trauma suferită. Uneori, evitarea e mai subtilă. Oamenii cu anxietate generalizată pot părea extrem de ocupați, dar se abțin să se angajeze în

activităţi cu semnificaţie personală, care le pot suscita un disconfort, cum ar fi acceptarea provocărilor la serviciu sau deschidere pentru intimitate emoţională (Michelson, Lee, Orsillo şi Roemer, 2011).

O soluţie cu mindfulness

Dacă răspunsurile noastre interne şi comportamentale obişnuite la anxietate

interferează cu abilitatea de a duce o viaţă semnificativă şi satisfăcătoare, ne putem elibera de tiparele acestea schimbându-ne relaţia cu şi reacţiile faţă de acea anxietate. Extinderea conştientizării anxietăţii, observarea reacţiilor drept ceea ce sunt, lăsându-le să fie, dezvoltarea bunătăţii şi compasiunii faţă de noi înşine şi alegerea voită a angajării în activităţi care contează pentru noi reprezintă modalităţi alternative de a răspunde, care pot fi cultivate prin practica mindfulness (Kabat-Zinn, 1994). Astfel, integrarea mindfulness cu strategiile cognitiv-comportamentale poate fi un antidot util pentru anxietatea cronică obişnuită.

O abordare comportamentală a tratamentului bazată pe mindfulness și pe acceptare

Metoda noastră de tratament se concentrează asupra sprijinirii clienţilor (1) să îşi dezvolte o relaţie nouă cu experienţele lor interne (una mai amplă, nu îngustă, plină de compasiune, nu critică şi dezaprobatoare şi decentrată — respectiv, una care vede gândurile obiectiv, şi nu ca pe nişte adevăruri atotcuprinzătoare —, nu încurcată; (2) să îşi cultive disponibilitatea în loc să încerce să evite experienţa şi (3) să se angajeze în acţiuni care contează pentru ei în loc să le evite din obişnuinţă.

Evaluarea cu mindfulness

Tratamentul începe cu o evaluare a modului în care arată şi se simte anxietatea pentru client (gânduri, sentimente, senzaţii şi comportamente asociate cu anxietatea; contexte în care apare anxietatea; antecedente şi consecinţe ale răspunsului anxios), a modului în care clientul răspunde în mod obişnuit — şi încearcă să facă faţă — suferinţei sau durerii şi a schimbărilor pe care şi-ar dori să le vadă pentru a-şi îmbunătăţi calitatea vieţii. De asemenea, suntem de părere că e esenţial să înţeleagă cum văd

clientul și familia acestuia anxietatea și modurile de a-i face față. Pe baza modelului nostru și a experiențelor individuale, a punctelor forte și resurselor clientului, elaborăm o conceptualizare împărtășită a evoluției și administrării provocărilor curente ale clientului, care inspiră un plan de tratament ce are ca scop sprijinirea clientului pentru a putea duce o viață mai bogată și mai împlinită, chiar și în fața anxietății.

De la început, limbajul pe care îl folosim pentru a discuta gândurile, sentimentele, senzațiile și amintirile asociate anxietății cultivă sentimentul că acestea sunt răspunsuri specifice care vin și trec, nu caracteristici definitorii ale clientului. Descriind senzații specifice („Observ tensiune în zona umerilor“, „Simt că inima îmi bate să-mi spargă pieptul”), gânduri („Mă gândesc că nu o să reușesc

niciodată nimic“, „Mă trezesc gândindu-mă că oamenii sunt supărați pe mine”) și comportamente („Joc jocuri video cu orele“, „Nu răspund la telefon”), începem să desfacem experiența aparent atotcuprinzătoare a anxietății în bucăți mai ușor de gestionat. Deconstruirea aceasta inițiază un proces de decentrare, un aspect important al mindfulness-ului, care contribuie la reducerea încurcării în aceste experiențe.

Modelând acceptarea și compasiunea, le împărtășim clienților noștri felul în care provocările asociate anxietății descrise de ei au sens într-un context sociocultural amplu și în istoricele lor specifice de învățare. De asemenea, le explicăm cum învățarea de noi abilități, cum este mindfulness-ul, îi poate ajuta să trateze aceste tipare obișnuite, problematice; să promoveze acțiunea mai flexibilă, voită și să scadă distresul și blocajele cu care se confruntă ca reacție la anxietate. Unii clienți se conectează imediat la aspecte ale explicației acesteia și își exprimă precaut speranța legată de tratament. Uneori, e de înțeles, clienții sunt sceptici că ar putea să îi ajute ceva să schimbe niște tipare de răspuns atât de puternic înrădăcinate. Noi le validăm temerile, ne abținem să intrăm în dispute sau să încercăm să îi convingem de contrariu și îi întrebăm dacă sunt dispuși să încerce vreme de câteva săptămâni, pentru a vedea dacă observă vreo îmbunătățire. În caz contrar, ne putem revizui planul și putem explora alte opțiuni. Astfel punem bazele pentru o

temă constantă de-a lungul tratamentului, aceea de a încerca, de a acorda

atenţie şi de a vedea cum merge în loc să presupunem că terapeuţii sau clienţii ştiu dinainte ce va fi şi ce nu va fi de folos. Abilităţile de mindfulness ajută în acest sens şi, în final, promovează acordarea la propria experienţă, nu la (sau poate în plus faţă de) propriile temeri.

Învăţarea

Un element central al tratamentului este oferirea de informaţii care îi pot ajuta pe clienţi să înţeleagă mai bine şi, mai important, să manifeste compasiune faţă de propriile experienţe. Îi învăţăm pe clienţi despre natura anxietăţii şi despre modurile în care răspunsurile la anxietate pot, paradoxal, creşte distresul şi reduce satisfacţia. Astfel, clienţii pot începe să observe dacă aceste principii generale se aplică vieţii lor. Metodele noastre includ instruirea didactică (cu ajutorul fişelor), demonstraţia experienţială (de exemplu, demonstrarea efectelor paradoxale ale reprimării gândirii) şi explorarea unor exemple din vieţile clienţilor. Chiar dacă simpla învăţare despre aceste concepte duce rareori la o schimbare radicală, ea începe procesul de slăbire a ciclului anxietăţii, judecăţii, criticii şi evitării şi îi poate ajuta pe clienţi să înceapă să simtă compasiune faţă de ei înşişi, pe măsură ce ciclurile anxioase se

pun în mişcare.

Suntem atenţi să transmitem informaţii noi într-un context de compasiune, validând atât omenescul răspunsurilor clienţilor noştri, cât şi dificultatea asociată cu schimbarea tiparelor consacrate de a răspunde. Asemenea lui Linehan (1993), vedem validarea explicită, consecventă, ca pe un ingredient activ important al terapiei. De exemplu, când Myra s-a criticat singură în timpul şedinţei pentru că se simţise anxioasă pe parcursul unei conversaţii dificile cu mama ei, terapeutul i-a răspuns validându-i faptul că anxietatea e o reacţie naturală asociată autodezvăluirii. Cu timpul, Myra a devenit capabilă să dea răspunsuri mai pline de compasiune de una singură, ceea ce a redus anxietatea pe care o resimţea când îşi dezvăluia sentimentele mamei sale. Relaţia terapeutică este un vehicul esenţial pentru a învăţa lucruri noi, ajutându-i pe clienţi să relaţioneze diferit cu propriile experienţe interioare, pentru că noi o facem.

Poate fi de folos să înveţi oamenii despre funcţia emoţiilor. Clienţii care

suferă de tulburări anxioase au ajuns să privească răspunsurile emoționale ca fiind problematice, și e de înțeles. Și totuși, și Saffran, 1987; Mennin și Fresco, 2010). Deseori, anxietatea sau îngrijorarea apar atunci când emoţiile primare sunt prezente, dar sunt evitate sau ignorate. Faptul de a învăța să ne observăm experiențele emoționale ne poate da acces la informaţiile pe care le furnizează aceste emoţii

primare, ele putând reprezenta pentru noi repere către o viață mai satisfăcătoare.

Și totuși, emoţiile comunică uneori informaţii distorsionate sau lipsite de acurateţe. Ne învățăm clienții să distingă între emoţiile *clare*, care apar ca răspuns direct la situaţia dată, cum ar fi să te simţi trist după o pierdere, și emoţiile *tulburi*, care sunt distorsionate într-o oarecare formă și oferă informaţii mai puțin clare. Sugestia noastră e că răspunsurile emoționale care nasc confuzie, durează excepțional de mult și care par mai intense decât o cere situaţia ar putea fi tulburi. Emoţiile pot deveni tulburi pentru că (1) nu avem suficientă grijă de noi (de exemplu, nu dormim suficient, nu mâncăm cum trebuie, nu facem mișcare); (2) ne facem griji în privința viitorului sau ne lăsăm măcinaţi de trecut în loc să răspundem momentului prezent sau (3) reacționăm la emoţii cu critică și/sau tentative de evitare. Mindfulness-ul ne poate ajuta să observăm când emoţiile noastre sunt tulburi și ne poate ajuta să clarificăm și ce simțim.

Un alt aspect al emoţiilor care poate da naștere confuziei este legătura lor strânsă cu tendințele la acțiune. Deseori, oamenii încearcă să evite anumite gânduri și sentimente pentru că sunt de părere că trebuie să le dea curs. De exemplu, un client poate simți că trebuie să plece devreme de la un eveniment social pentru că e anxios sau că trebuie să refuze o invitație pentru că se simte trist. Deși frica se asociază cu nevoia impetuoasă de a scăpa, iar tristeţea cu nevoia de a se retrage, ne

putem comporta în moduri care nu sunt consecvente cu ceea ce simțim. De exemplu, cineva se poate simți anxios, poate simți nevoia impetuoasă de a evita și se poate duce, totuși, la programarea la dentist. Deseori, clienții sunt capabili să reacționeze mai bine la propriile emoţii când pot recunoaște că sunt capabili să aleagă acțiunile fără a trebui să își controleze direct sau să își schimbe răspunsurile interne. Înțelegerea aceasta permite o mai mare

flexibilitate a răspunsului. Emoţiile (şi gândurile) pot fi doar ceea ce sunt, nu acţiunile pe care le evocă.

A observa

Și psihologia budistă, şi teoria învățării subliniază cât e de important să ne creştem nivelul de conştientizare în momentul prezent. A observa ce apare într-un moment dat ne oferă ocazia de a relaţiona diferit cu experienţele interne şi de a alege cum să ne comportăm într-un anumit context. Cei mai mulţi dintre noi nu reușesc să observe, de regulă, cea mai mare parte din ce se întâmplă în prezent. În schimb, facem mai multe lucruri în acelaşi timp, visăm cu ochii deschişi, ne facem griji sau depunem eforturi pentru a ne distrage atenţia de la disconfort. Astfel, pierdem o mare cantitate de informaţie, inclusiv date despre propria noastră experienţă, preferinţe şi alegeri, precum şi despre consecinţele care urmează alegerilor.

Vreme de zeci de ani, abordările cognitiv-comportamentale pentru tratarea anxietăţii au subliniat importanţa automonitorizării. După părerea noastră, procesul de notare a gândurilor, senzaţiilor fizice, sentimentelor şi comportamentelor este un tip de exerciţiu de mindfulness. Presupune să îţi întorci privirea către experienţă, observând că experienţa aceea este ce este, nu ce spune că ar fi, şi să creezi o distanţă sau perspectivă asupra experienţei (decentrare) prin notarea ei.

Le cerem clienţilor să înceapă cu monitorizarea celor mai proeminente simptome ale anxietăţii (de exemplu, panică, îngrijorare, anxietate socială), observând în ce context apar şi intensitatea lor. Treptat, extindem instrucţiunile astfel încât clienţii să conştientizeze mai bine (1) anumite gânduri şi emoţii, (2) reacţiile lor la aceste reacţii, (3) eforturile lor care au ca scop evitarea experienţelor interne şi (4) comportamentele şi acţiunile pe care şi le aleg.

Prima tentativă de monitorizare a lui Tony a sugerat că răspunsul lui la cele mai multe situaţii era anxietatea. După ce a aflat despre emoţiile clare şi tulburi şi a practicat mindfulness, a început să observe că, uneori, se simte trist şi furios, adesea ca răspuns la conflictele cu partenera sa. De asemenea, a început să observe că încerca adesea să-şi distragă atenţia de la gândurile despre relaţia sa îngrijorându-se cu privire la întreţinerea şi îngrijirea casei

sale. Pe măsură ce practica sa de mindfulness a evoluat, Tony a devenit capabil să observe tiparele acestea odată ce apăreau. De asemenea, a devenit mai dispus să conştientizeze gama completă a răspunsurilor sale, permiţându-şi să le experimenteze în loc să îşi distragă atenţia şi să se gândească la posibile acţiuni. Tony a observat că tristeţea şi furia nu erau atât de înspăimântătoare pe cât credea el şi a descoperit că, opunându-se mai puţin sentimentelor sale, acestea devin mai suportabile. Când Tony a învăţat să permită şi să fie atent la toată gama de emoţii, a devenit dispus să intre în contact cu partenera sa şi să rezolve unele dintre conflictele cu care se confruntaseră. Cu timpul, a început să se îngrijoreze mai rar, iar când i se întâmpla, îngrijorarea nu mai era la fel de intruzivă.

A exersa

Într-un anumit sens, aceia dintre noi care se luptă cu îngrijorarea sau anxietatea au exersat vreme de ani de zile anxietatea, panica sau îngrijorarea. Se pot învăţa noi moduri de a răspunde şi se pot crea noi obiceiuri, dar este necesar şi angajamentul de a exersa. Noi ne încurajăm clienţii să îşi stabilească o practică *formală* de mindfulness care să i se dedice cu regularitate. Le prezentăm clienţilor o

varietate de practici formale, care variază la nivel de durată şi concentrare, construind pe baza abilităţilor exersate anterior. În general, începem cu mindfulness aplicat respiraţiei şi mâncării, apoi trecem la mindfulness aplicat senzaţiilor (auz, senzaţii fizice), mindfulness-ul aplicat emoţiilor şi gândurilor, cultivarea autocompasiunii şi observarea efemerităţii experienţelor interne (Meditaţia muntelui, [Kabat-Zinn, 1994]). Ordinea aceasta poate fi adaptată cu flexibilitate pentru a veni în întâmpinarea nevoilor clientului. (Un exemplu de exerciţiu pe care îl folosim în mod regulat pentru a cultiva autocompasiunea este prezentat mai jos; alte exerciţii sunt disponibile la adresa www.mindfulwaythroughanxietybook.com.) Chiar dacă ne încurajăm clienţii să încerce fiecare practică nouă vreme de cel puţin o săptămână, obiectivul nostru este acela de a promova flexibilitatea şi personalizarea. Astfel, nu prescriem un anumit regim de practică, ci ne încurajăm clienţii să acorde cât de mult timp pot, subliniind că e mai bine să se angajeze la o practică de scurtă durată decât să nu o facă deloc.

INVITAREA UNEI PROBLEME ŞI LUCRUL CU EA ÎN CORP[15]

• Înainte de a începe acest exerciţiu, gândeşte-te la o problemă cu care te confrunţi acum. Nu trebuie să fie una semnificativă, dar alege ceva ce consideri

neplăcut, ceva ce e nerezolvat. Poate fi ceva care te îngrijorează, o ceartă sau o neînţelegere pe care ai avut-o, ceva ce te supără, te umple de frustrare, resentimente, furie sau vinovăţie, şi foloseşte acea situaţie.

• Observă felul în care stai pe scaun sau pe podea. Observă unde îţi atinge corpul scaunul sau podeaua. Îndreaptă-ţi o clipă atenţia către respiraţie. Observă inspiraţia... observă expiraţia... Acum, lărgindu-ţi blând conştientizarea, cuprinde corpul ca un întreg. Observă orice senzaţii ar putea apărea, respirând cu tot corpul.

• Când eşti gata, adu-ţi în minte orice situaţie ţi-a trezit emoţii dificile. Fii atent la emoţiile specifice care apar şi la orice reacţii ai la emoţiile respective.

• Şi, când te concentrezi asupra situaţiei supărătoare şi reacţiei tale emoţionale, lasă-te să te acordezi la orice *senzaţii fizice* din corp, care observi că apar... conştientizând acele senzaţii fizice... apoi, voit, dar cu blândeţe, direcţionează-ţi atenţia asupra regiunii din corp unde senzaţiile sunt mai puternice, cu gestul unei îmbrăţişări, unei întâmpinări cu braţele deschise... observând că e aşa cum e acum... *şi inspirând în acea parte a corpului* şi expirând din acea regiune la expiraţie, explorând senzaţiile, observându-le intensitatea care se schimbă de la o clipă la alta.

• Acum vezi dacă poţi duce atenţia aceasta către un nivel şi mai profund al

atitudinii pline de compasiune şi deschidere faţă de orice senzaţii, gânduri sau emoţii resimţi, oricât ar fi ele de neplăcute, spunându-ţi, din când în când: „E în ordine. Orice ar fi, e deja aici. Dă-mi voie să mă deschid".

• Rămâi la conştientizarea acestor senzaţii interne, respirând cu ele, acceptându-le, lăsându-le în pace şi lăsându-le să fie exact cum sunt. Spune-ţi din nou, dacă te ajută: „E aici acum. Orice ar fi, e deja aici. Dă-mi voie să fiu deschis". Când te înmoi şi devii mai deschis la senzaţie, devii conştient de ea, renunţi la orice tensiune şi încordare. Dacă vrei, poţi experimenta şi cu conştientizarea în paralel a senzaţiilor corpului şi sentimentului respiraţiei

care intră și iese, când respiri, clipă de clipă, cu senzațiile.

• Iar când observi că senzațiile corpului nu îți mai atrag în aceeași măsură atenția, revino 100% asupra respirației și continuă cu ea ca obiect primar al atenției.

• Apoi, delicat, îndreaptă-ți conștientizarea către felul în care stai pe scaun, către respirație și, când ești pregătit, deschide ochii.

Fiecare nouă practică de mindfulness e introdusă la începutul sesiunii. Clienții și terapeuții se angajează împreună în practică, iar apoi clientul e încurajat să își împărtășească observațiile. Discutând despre practică, ne ajutăm clienții să își

aplice observațiile asupra problemelor cu care se confruntă și tipurilor de schimbări pe care doresc să le facă. De exemplu, Ahn și-a exprimat furia după ce practicase mindfulness aplicat respirației pentru că respira „greșit“ și nu se putea concentra. După ce a felicitat-o pe Ahn pentru că observase cât de ocupată îi era mintea, terapeutul a întrebat-o dacă are parte de griji, judecăți și evaluări similare când își pregătea prelegerea sau se întâlnea cu părintele unuia dintre elevii ei. Ahn a fost încurajată să cultive o poziție plină de compasiune față de sine (de exemplu: „Cât de greu trebuie să fie să lucrez eficient, când mintea mea e atât de ocupată și critică”) și să exerseze conștientizarea locului înspre care i se îndreaptă mintea și să o readucă blând înapoi spre prezent.

Uneori, clienții se confruntă cu senzații fizice de anxietate în timpul practicii și spun că se tem că practica le agravează starea. Noi îi anunțăm dinainte că acest lucru se poate întâmpla și ne încurajăm clienții să observe senzațiile acestea când apar, să le eticheteze drept ce sunt și să permită conștientizării să se extindă în jurul lor. În timpul unui exercițiu, Layla a observat:

„Simt că mi se strânge pieptul și inima îmi bate cu putere. Mă gândesc că nu pot respira. Simt că trebuie să mă ridic și să fug din cameră. Mă gândesc că dau și aici greș, la fel ca în toate celelalte. Gândurile vin atât de repede și

cu atâta forță... Mai observ și că respir în continuare. Simt cum îmi intră aerul pe gât și cum mi se mișcă pieptul, chiar dacă încă mi se pare strâns. Observ

că, deşi totul din mine vrea să o ia la fugă, pot să stau în continuare aici, observându-mi respiraţia. Mă simt incomod şi observ că asta nu e toată experienţa mea, chiar şi în momentul acesta."

Aceasta e o înţelegere puternică. Layla descoperă că e capabilă să continue cu ceva ce contează pentru ea (în cazul acesta, practica formală), chiar dacă trăieşte senzaţii şi gânduri deranjante şi o nevoie impetuoasă de a scăpa. Tratamentul reuşit al tulburării de panică implică trăirea voită a senzaţiilor fizice fără a fugi de ele (numită *expunere interoceptivă* de Craske şi Barlow, 2008); în cazul în care clienţii resimt panică, includem acest tip de exerciţii de expunere interoceptivă pentru a ne asigura că exersează direct cu senzaţiile de care se tem.

Clienţii ar putea dori, de asemenea, să încerce practici de mişcare. În cadrul tratamentului nostru, folosim relaxarea musculară progresivă, prin care clienţii observă senzaţiile asociate cu încordarea şi relaxarea muşchilor. Ne place exerciţiul acesta ca practică timpurie, pentru că le dă clienţilor care sunt distraşi uşor de griji un punct concret de concentrare. Clienţii găsesc utile şi mersul pe jos sau exerciţiile de meditaţie yoga, cum ar fi să facă un pas pentru fiecare jumătate de respiraţie

şi observarea senzaţiilor păşirii.

Practica *informală* este încurajată şi ea în cadrul tratamentului, când clienţii încep prin a aduce mindfulness-ul în sarcinile obişnuite, cum ar fi spălatul vaselor sau spălatul pe dinţi şi avansarea către mindfulness în timpul unor situaţii mai problematice, cum ar fi o discuţie dificilă cu un membru al familiei. Folosirea acestor abilităţi în traiul zilnic este o parte esenţială a tratamentului — vrem să ne ajutăm clienţii să ducă abilităţile de mindfulness „de pe perna de meditaţie" în vieţile lor (Hanh, 1992). În cele din urmă, aceasta îi va ajuta să fie capabili să se angajeze în acţiuni semnificative, chiar şi când simt frică sau anxietate. Layla îşi poate transfera experienţa din practica formală în aceea de a fi capabilă să discute cu cineva necunoscut, chiar dacă inima îi bate cu putere şi simte că îi vine să fugă.

A face ceea ce contează

Dezvoltarea abilităţilor de mindfulness, a fi atent în orice moment, a observa

răspunsurile emoţionale şi a reduce reactivitatea pot face oamenii să se angajeze în mod natural mai profund în viețile lor, dat fiind că reactivitatea şi evitarea obişnuite reduceau acest angajament. Totuşi, din cauza gradului ridicat de evitare din tulburările anxioase, am descoperit că e util să ne concentrăm explicit asupra

angajamentului comportamental în terapie (pe baza metodelor descrise în TAA [Hayes et al., 1999; Wilson şi Murrell, 2004]). A le cere clienţilor să îşi exprime valorile personale contribuie la conturarea unei direcţii de terapie. Cei mai mulţi clienţi se prezintă la tratament cu scopul intangibil de a nu mai fi anxioşi; în schimb, ne încurajăm clienţii să identifice acţiunile pe care le-ar întreprinde dacă nu i-ar reţine anxietatea şi evitarea.

Devreme în decursul tratamentului, le cerem clienţilor să scrie mai întâi cum le-a afectat anxietatea viețile şi apoi cum le-ar plăcea să trăiască, cu accent pe trei domenii: relaţiile, administrarea serviciului/şcolii/gospodăriei şi grija față de sine şi implicarea în comunitate (vezi exemplul cu instrucţiunile de scriere). Odată ce clienţii şi-au exprimat valorile, îi îndemnăm să îşi monitorizeze prilejurile de a acționa consecvent cu valorile lor, cărora le-au dau curs sau pe care le-au ratat săptămânal. Clienţii sunt încurajaţi să îşi folosească abilităţile de mindfulness nou-dezvoltate pentru a deveni conştienţi de obstacole şi a le depăşi, precum şi pentru a conştientiza acţiunile pe care le întreprind.

CLARIFICAREA VALORILOR ÎN CADRUL RELAŢIILOR[16]

• Alocă-ţi 20 de minute în care poţi îndeplini în privat şi confortabil sarcina

aceasta de scris. În scris, vrem să îţi dai drumul şi să îţi explorezi cele mai profunde emoţii şi gânduri despre subiect. Poate doreşti să îţi acorzi câteva minute pentru a practica mindfulness înainte de a începe, astfel încât să poţi aborda sarcina aceasta cu o conştientizare plină de bunăvoinţă.

• Când scrii, încearcă să îţi dai voie să îţi trăieşti gândurile şi sentimentele cât poţi de mult. Dacă dai deoparte gândurile deranjante, acestea se pot chiar înrăutăţi, aşa că încearcă să îţi dai drumul cu adevărat. Foloseşte-ţi practica mindfulness în cadrul exerciţiului, astfel încât să poţi accepta şi permite orice reacţii pe care le ai şi continuă pentru a limpezi ce contează cel mai mult

pentru tine. Dacă nu îţi trece prin minte ce ai putea scrie mai departe, repetă acelaşi lucru până îţi vine în minte ceva nou. Asigură-te că scrii pe durata celor 20 de minute. Nu îţi face probleme în privinţa ortografiei, punctuaţiei sau gramaticii; scrie doar orice îţi trece prin minte.

• Ai putea observa că ai deseori gânduri legate de motivele pentru care nu poţi fi aşa cum ţi-ai dori tu în relaţii. E ceva normal şi vom explora altă dată aceste obstacole. Aşadar, pentru exerciţiul acesta, vezi dacă poţi observa gândurile când apar şi readu-ţi delicat atenţia asupra felului în care ţi-ar plăcea să fii, dacă nu ai avea în faţă obstacolul, astfel încât să poţi explora ce contează cu adevărat pentru tine.

• Alege două sau trei relaţii care sunt importante pentru tine. Poţi alege fie relaţii reale (de exemplu, „relaţia cu fratele meu“), fie relaţii pe care ţi-ar plăcea să le ai (de exemplu, „mi-ar plăcea să fiu parte a unui cuplu”, „mi-ar plăcea să îmi fac mai mulţi prieteni"). Scrie pe scurt cum ai vrea să fii în relaţiile acelea. Gândeşte-te cum ai vrea să *comunici cu ceilalţi* (de exemplu, cât de deschis sau cât de discret ţi-ar plăcea să fii, cât de direct sau cât de pasiv ai vrea să fii când vine vorba de a cere ce ai nevoie şi a le da feedback celorlalţi). Gândeşte-te *ce tip de sprijin ţi-ai dori* din partea altor oameni şi *ce tip de sprijin poţi oferi* fără a sacrifica îngrijirea de sine. Scrie despre orice altceva care contează pentru tine în relaţiile cu alţii.

În cadrul exerciţiilor tradiţionale de expunere, clienţii sunt încurajaţi să abordeze senzaţiile, amintirile sau contextele de care se tem, folosind adesea o ierarhie a fricii, astfel încât să fie capabili să înveţe asocieri lipsite de teamă cu indicii care se află mai jos în ierarhia fricii, pentru început. Mindfulness-ul se poate folosi în completarea acestor tipuri de expuneri — clienţii sunt încurajaţi să rămână prezenţi şi conştienţi, observând tot ce apare, când apare, rămânând în tot acest timp în contact cu situaţia, cu amintirea sau cu senzaţia de care se tem. De fapt, mindfulness-ul poate stimula noua învăţare care se produce în cadrul acestor expuneri

(Treanor, 2011), deşi sunt necesare mai multe cercetări pentru a stabili dacă aşa stau lucrurile.

Clarificarea valorilor poate contribui la furnizarea motivaţiei pentru expunere şi poate ajuta clientul să selecteze o gamă mai largă de acţiuni

comportamentale, cu scopul de a creşte un sentiment de angajament semnificativ în viaţă în loc de a reduce reacţia temătoare (chiar dacă teama şi anxietatea se vor reduce, probabil, în mod natural pe măsură ce angajamentul comportamental creşte). De exemplu:

Troy avea atacuri de panică ori de câte ori era în mulţime şi, în consecinţă, evita să abordeze numeroase situaţii care pentru el erau importante. Vorbea chinuit despre cât de mult i-ar plăcea să ia parte la meciurile de fotbal ale fiului său şi să împărtăşească experienţa respectivă cu acesta, la fel cum făcuse şi tatăl lui Troy când fusese el mic. Terapia s-a concentrat pe a-l învăţa pe Troy să relaţioneze diferit cu senzaţiile sale de panică, astfel încât acestea să pară mai puţin copleşitoare, dezvoltându-şi abilităţi de mindfulness. Apoi, Troy a început să meargă în locuri aglomerate, folosindu-şi abilităţile când apăreau senzaţiile de panică. În cele din urmă, a mers la un meci. Deşi a observat senzaţii de panică în timp ce se afla acolo, a observat şi zâmbetul larg al fiului său când şi-a auzit tatăl încurajându-l după un blocaj deosebit de

important. Troy nu a mai ratat niciun meci pentru tot restul sezonului.

O practică permanentă

Munca fundamentală a lui G. Alan Marlatt în domeniul prevenirii recăderii (de exemplu, Marlatt şi Donovan, 2007) ne-a învăţat importanţa recunoaşterii faptului că, până şi schimbarea în sine, la fel ca toate lucrurile, este efemeră. Deşi putem învăţa şi putem întări noi obiceiuri de abordare în locul evitării, vechile noastre obiceiuri rămân imprimate în circuitele noastre neurale (de exemplu, Hermans, Craske, Mineka şi Lovibond, 2006). Vechile tipare de a răspunde ar putea reapărea în timpul perioadelor de stres şi de tranziţie sau pur şi simplu pentru că practicile noastre s-au retras de-a lungul timpului, părând mai puţin necesare.

Spre finalul tratamentului, ne petrecem o perioadă trecând în revistă ce li s-a părut util pacienţilor şi îi ajutăm să se gândească la ce ar putea face pentru a păstra schimbările pe care le-au făcut. Clienţilor li se dă un caiet cu fişele şi exerciţiile pe care le-au folosit de-a lungul tratamentului şi noi îi încurajăm să revadă aceste materiale când observă că le creşte nivelul de anxietate sau de stres, sau că vieţile încep iar să li se îngusteze. Ne încurajăm clienţii să păstreze un soi de practică consecventă a mindfulness-ului, pentru a continua

să își dezvolte abilitățile și

pentru a observa când emoțiile tulburi, reactivitatea și evitarea încep să reapară în viețile lor. Pornind la rezultatele muncii lui Marlatt, subliniem cât este de important să privești experiențele acestea inevitabile ca fiind *căderi* — sau oportunități de a exersa —, și nu ca pe niște recăderi. Avem cu toții parte de astfel de evenimente. Nu putem decât să le observăm și apoi să ne rededicăm practicii, în feluri care ne ajută să păstrăm un angajament cu semnificație în viețile noastre.

---

[11] Cititorii interesați de o descriere mai detaliată a abordării acesteia terapeutice pot consulta Roemer și Orsillo (2009) pentru un ghid destinat terapeuților și Orsillo și Roemer (2011) pentru un manual de autoajutorare.

[12] Tratamente ca reducerea stresului bazată pe mindfulness, terapia cognitivă bazată pe mindfulness și terapia acceptării și angajamentului sunt toate incluse în categoria aceasta de tratamente, datorită concentrării comune asupra învățării clienților să relaționeze diferit cu experiențele lor interioare (cu mindfulness și acceptare în loc de aversiune și evitare). În ciuda similarității ridicate, tratamentele acestea variază în ceea ce privește accentul pus pe practicarea formală a mindfulness-ului, volumul de practică inclus și expunerea și alte elemente comportamentale.

[13] Studiile au fost incluse în analiza aceasta dacă se concentrau asupra indivizilor

care întruneau criteriile pentru un diagnostic principal de tulburare anxioasă și aveau un eșantion suficient de mare pentru a putea stabili schimbări cu semnificație statistică la nivelul simptomelor.

[14] Twohig și colegii săi (2010) au descoperit că terapia acceptării și angajamentului a fost mai eficientă decât relaxarea progresivă a musculaturii, însă relaxarea progresivă a musculaturii nu este un tratament eficient pentru TOC.

[15] Exercițiul acesta e adaptat după Williams, Teasdale, Segal și Kabat-Zinn (2007).

[16] Exerciţiul acesta e adaptat după Orsillo şi Roemer (2011).

CAPITOLUL 10

Tulburări psihofiziologice

Acceptarea durerii

Ronald D. Siegel

De ce fugi nu scapi.

ANONIM

Nimănui nu îi place durerea, iar oamenii fac eforturi mari pentru a scăpa de ea. Deşi o oarecare doză de disconfort fizic e inevitabilă, o varietate uluitoare de tulburări medicale sunt, de fapt, menţinute de tentativele noastre de a ne simţi mai bine. Practica mindfulness ne poate ajuta să rezolvăm situaţiile acestea şi să ne îmbogăţim vieţile, în cadrul procesului.

Primul program structurat în cadrul căruia s-a predat mindfulness pacienţilor avea ca scop gestionarea durerii cronice (Kabat-Zinn, 1982). În deceniile care au urmat, programele bazate pe mindfulness au fost folosite pentru o varietate largă de sindroame ale durerii, inclusiv fibromialgie (Goldenberg et al., 1994; Grossman, Tienfenthaler-Gilmer, Raysz şi Kesper, 2007; Kaplan, Goldenberg şi

Galvin-Nadeau, 1993; Sephton et al., 2007), durerea cronică de şale (Mehling, Hamel, Acree, Byl şi Hecht, 2005; Morone, Rollman, Moore, Li şi Weiner, 2009), durere pelviană cronică (Fox, Flynn şi Allen, 2011) şi artrită (Pardhan et al., 2007; Zangi et al., 2012). În primii ani, rezultatele încurajatoare erau raportare frecvent, dar studiile erau deseori lipsite de grupuri de control sau structuri randomizate (de exemplu, Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth şi Burney, 1985; pentru analize, vezi Baer, 2003; Grossman et al., 2004). Deşi studiile mai recente au în continuare unele limitări metodologice, ele tind să fie mai bine controlate (de exemplu, Cramer, Haller, Lauche şi Dobos, 2012; Rosenzweig et al., 2010; Wong et al., 2011; vezi Veehof, Oskam, Schreurs şi Bohlmeijer, 2011, pentru o analiză). Per ansamblu, studiile mai recente demonstrează în mod tipic că practicarea mindfulness-ului aduce beneficii modeste în ceea ce priveşte

reducerea intensităţii durerii pentru pacienţii care suferă de dureri cronice şi beneficii mai importante pentru îmbunătăţirea altor indicatori de calitate a vieţii (Veehof et al., 2011). După cum voi susţine în scurt timp, beneficiile meditaţiei cu mindfulness în ceea ce priveşte reducerea intensităţii durerii cresc atunci când aceasta e integrată într-un program mai amplu de reabilitare, şi nu aplicată izolat.

Aplicaţiile medicale ale mindfulness-ului s-au înmulţit, iar practica a fost integrată cu succes în tratamentul unei game largi de alte tulburări fiziologice cu

componente psihologice, inclusiv psoriazis (Kabat-Zinn et al., 1998), sindromul intestinului iritabil (Garland, Gaylord, Palsson et al., 2011; Gaylord et al., 2011; Kearney, McDermott, Martinez şi Simpson, 2011), insomnie (Gross et al., 2011; Ong, Shapiro şi Manber, 2009; Yook et al., 2008), disfuncţie sexuală (Brotto, Basson şi Luria, 2008; Silverstein, Brown, Roth şi Britton, 2011), bufeuri (Carmody et al., 2011) şi afecţiuni cardiace (Tacon, McComb, Caldera şi Randolph, 2003).

Medicina minte–trup

Distincţia dintre minte şi trup, atât de familiară în discursul occidental, este înşelătoare. Stările mentale subiective sunt influenţate de factori fizici cum ar fi medicamentele, mişcarea şi dieta. În schimb, o serie de tulburări fizice este influenţată de factori psihologici. Cele mai comune dintre acestea sunt tulburările *psihofiziologice*, în care zbuciumul mental persistent produce schimbări la nivelul ţesuturilor, fapt care, la rândul său, produce simptome. Printre exemple se numără durerile de cap, tulburările gastrointestinale, tulburările dermatologice şi tot felul de dureri muscular-scheletale. Dat fiind că aceste afecţiuni sunt adesea susţinute de un amestec de factori medicali, psihologici şi comportamentali, a fost necesar ca terapeuţii clinicieni să elaboreze intervenţii flexibile, integrative, care încearcă să

soluţioneze toate aceste elemente. S-a dovedit că tulburările psihofiziologice sunt deosebit de potrivite pentru tratamentele care includ mindfulness-ul.

O astfel de intervenţie este programul Back Sense — Simţul Spatelui — o abordare pe care colegii mei şi cu mine am dezvoltat-o integrând intervenţii

cognitive, psihodinamice, comportamentale şi sistemice, alături de învăţarea explicită a mindfulness-ului pentru tratamentul durerii cronice de spate (Siegel, Urdang şi Johnson, 2001). Programul merge mai departe de folosirea mindfulness-ului pentru gestionarea durerii, bazându-se pe inovaţii apărute în medicina de reabilitare şi psihologie pentru a soluţiona pe deplin tulburarea, în cazul multor oameni. Pacienţii pot participa la program urmând un ghid[17] de autotratament publicat sau prin intermediul tratamentului cu un profesionist din domeniul sănătăţii mentale sau reabilitării.

Capitolul acesta discută programul ca pe o ilustrare a modului în care practica mindfulness-ului poate fi combinată cu succes cu alte intervenţii psihoterapeutice sau de reabilitare pentru a trata tulburările psihofiziologice. Explorează beneficiile practicii formale a mindfulness-ului, precum şi felul în care principiile derivate din practica mindfulness — cum ar fi relaxarea controlului, tolerarea disconfortului, acceptarea emoţiilor negative şi readucerea atenţiei asupra prezentului — pot inspira tratamentul. De asemenea, vom vedea cum abordările folosite

pentru a trata durerea muscular-scheletală cronică sunt susţinute de cercetările recente din domeniul neurobiologiei, precum şi felul în care pot fi adaptate cu uşurinţă pentru a trata o gamă largă de probleme de sănătate asociate stresului.

Un accident evolutiv

Până relativ recent, profesioniştii din domeniul medical credeau, în general, că majoritatea durerilor de spate cronice erau provocate de o consecinţă involuntară a evoluţiei. Perspectiva aceasta, prezentată unui număr nemăsurat de pacienţi, sugerează că, atunci când strămoşii noştri s-au ridicat pentru a merge în două picioare, coloanele noastre vertebrale au devenit vulnerabile. Se presupunea că presiunea crescută pusă pe structurile vertebrale produce, cu timpul, leziuni care sunt responsabile pentru epidemia de probleme cu spatele în rândul oamenilor moderni.

Spre surpriza doctorilor şi pacienţilor deopotrivă, din ce în ce mai multe dovezi indică spre un ciclu de stres psihologic, tensiune musculară şi evitarea bazată pe teamă a activităţii ca fiind cauza adevărată a majorităţii suferinţelor (Leeuw et al., 2007; Picavet, Vlaeyen şi Schouten, 2002; Siegel et al., 2001;

Vlaeyen şi Linton, 2000). Un alt accident evolutiv este, cel mai probabil, de vină, iar mindfulness-ul

ne poate ajuta să răspundem eficient.

Luptă sau fugi

Toate mamiferele au în comun un răspuns antic în caz de urgenţă, sofisticat şi extrem de adaptativ, numit adesea sistemul *luptă-sau-fugi*. Când un mamifer e ameninţat, sistemul său nervos simpatic şi axele hipotalamică–pituitară–adrenală (HPA) sunt activate, ceea ce duce la un nivel crescut de epinefrină (adrenalină) în fluxul sanguin şi o serie de schimbări fiziologice în consecinţă (Sapolsky, 2004). Respiraţia, ritmul cardiac, temperatura corpului şi tensiunea musculară cresc toate — pentru a putea lupta mai bine cu duşmanul sau a putea fugi din faţa pericolului.

Haideţi să vedem cum funcţionează, de obicei, procesul acesta. Imaginaţi-vă că un iepure care roade liniştit pe un câmp observă o vulpe. Încremeneşte, sperând să nu fie observat, devenind, în acelaşi timp, vigilent şi excitat fiziologic, pregătindu-se să fugă (iepurii nu sunt mari luptători). Dacă vulpea se îndepărtează fără să fi văzut iepurele, sistemul parasimpatic al iepurelui se activează în scurt timp şi fiziologia sa revine la un nivel de repaus. Sistemul funcţionează de minune pentru iepuri şi, fără îndoială, a contribuit la supravieţuirea acestora.

Acum imaginaţi-vă că iepurele ar avea un cortex cerebral foarte evoluat, ca al

nostru, care permite existenţa limbajului şi a gândirii simbolice, anticipative. Odată plecată vulpea, iepurele ar putea începe să se întrebe: „Oare se va întoarce? Oare o să-mi găsească familia?“ Chiar şi după ce pericolul imediat a trecut, iepurele s-ar putea trezi că se gândeşte la vulpe — ca să nu mai spunem că se gândeşte dacă va putea economisi suficienţi morcovi pentru a se pensiona şi alte temeri. Toate aceste gânduri ar continua să îi activeze sistemul luptă-sau-fugi, care ar rămâne blocat în poziţia „pornit”.

Chiar dacă avem de-a face cu o imagine voit simplificată, e ceva ce ni se întâmplă tuturor. Capacitatea noastră de gândire simbolică, anticipativă, deşi extraordinar de adaptativă în sensul că ne permite să construim civilizaţii

complexe, nu este potrivită pentru a coexista cu sistemul nostru luptă-sau-fugi, specific mamiferelor. Mai degrabă decât tranziția noastră către mersul biped, se pare că *acest* accident evolutiv este responsabil pentru epidemia de dureri cronice de spate, precum și pentru o serie de alte tulburări psihofiziologice. Cam fiecare schimbare fiziologică produsă de sistemul luptă-sau-fugi poate produce sau exacerba un simptom asociat stresului, dacă sistemul rămâne în permanență activ. După cum vom vedea, practica mindfulness-ului poate fi salvatoare, întrerupând această supraactivare a sistemului nostru de reacție în caz de urgență.

Probabilitatea ca simptomele asociate stresului să devină cronice crește

semnificativ dacă interpretăm greșit simptomele când ele apar. Înainte de a introduce practica mindfulness în tratament, e așadar important ca pacienții să fie bine instruiți pentru a înțelege cât mai exact cauza suferinței lor.

Probleme cu spatele?

Să revenim la problema durerii cronice de spate. Cei mai mulți pacienți și, până de curând, cei mai mulți profesioniști din domeniul sănătății au presupus în mod natural că durerile lor persistente de spate trebuie să se datoreze leziunilor de la nivelul discurilor sau altor structuri ale coloanei vertebrale. În definitiv, dacă ne tăiem la deget, vedem sânge și simțim durere. Presupunem automat că și spatele funcționează la fel, chiar dacă leziunea nu e vizibilă.

Multe rezultate ale unor cercetări pun la îndoială această presupunere. Ele indică lipsa unei corelații între starea coloanei vertebrale și prezența durerii. Educația cu privire la observațiile acestea este o parte necesară a programelor de tratament eficiente, întrucât astfel de cercetări contribuie la reducerea temerilor pacienților (și anxietății aferente), cum că ar fi defecți sau fragili. De exemplu:

• Aproximativ două treimi dintre cei care nu au suferit niciodată de dureri grave de spate au același tip de structuri „anormale" ale spatelui pe care se

dă adesea vina pentru durerea cronică de spate (Jensen et al., 1994)

• Mulţi oameni continuă să aibă dureri după intervenţii chirurgicale „de succes". Corelaţiile sunt reduse între succesul mecanic al reparaţiilor şi absenţa sau prezenţa durerilor ulterioare pentru pacient (Fraser, Sandhu şi Gogan, 1995; Tullberg, Grane şi Isacson, 1994).

• Oamenii din ţările în curs de dezvoltare care fac muncă „de rupt spatele" şi care folosesc mobilă primitivă din punct de vedere ergonomic şi unelte la fel au cea mai mică incidenţă de dureri cronice de spate — nu e cum ne-am aştepta să fie, dacă leziunile la coloană ar fi de vină (Volinn, 1997).

Alături de datele acestea care pun la îndoială presupunerea că leziunile produse asupra coloanei vertebrale duc la apariţia durerilor cronice de spate, se găsesc multe studii care sugerează factori psihologici. De exemplu:

• Stresul psihologic şi, mai ales, lipsa satisfacţiei la serviciu prezic cine se va alege cu dureri de spate dizabilitante, cu o mai mare precizie decât indicatorii fizici sau solicitările fizice de la serviciu (Bigos et al., 1991).

• Pacienţii cu dureri de spate indică o tensiune musculară crescută la nivelul spatelui când sunt puşi într-o situaţie stresantă din punct de vedere

emoţional, ceea ce nu se întâmplă în cazul altor pacienţi (Flor, Turk şi Birbaumer, 1985).

• Durerile cronice de spate prevalează în mod neobişnuit în rândul oamenilor cu istoric de traumă sau care trăiesc în situaţii stresante, cum ar fi zonele de război (Beckham et al., 1997; Linton, 1997; Pecukonis, 1996).

Ciclul durerii cronice de spate

Luate împreună, aceste tipuri de observaţii sugerează că factorii psihologici, şi nu anormalităţile structurale, sunt deseori cauza durerii cronice de spate. Acest lucru se întâmplă prin intermediul unui ciclu care are numeroase paralele cu dinamicile tulburărilor anxioase, descrise în Capitolul 9. Componentele sale de bază sunt teama iraţională, excitaţia psihofiziologică crescută, simptomele interpretate eronat şi evitarea comportamentală. Iată un exemplu tipic de derulare:

Iarna trecută, pe Robert a început să îl doară spatele după ce a curăţat zăpada. Mai avusese şi în trecut astfel de dureri, care, de regulă, treceau în decurs de câteva zile. Însă, de data aceasta, durerea a persistat şi a început să îi coboare în picior, către labele picioarelor. Robert a început să îşi facă griji. Îi plăcea să meargă la sală ca să fie în formă şi ca să se elibereze de stres. Acum

încetase să mai facă mişcare şi şi-a sunat medicul.

Doctorul lui Robert a ascultat relatarea despre durerea sciatică (în picior) şi s-a îngrijorat, suspectând o afectare a nervilor din coloana vertebrală. O analiză folosind imagistica prin rezonanţă magnetică (RMI) a indicat un disc ieşit, iar medicul i-a sugerat lui Robert să ia medicamente antiinflamatorii şi să evite activităţile care ar putea deplasa şi mai mult discul.

Înainte de rănire, Robert avusese probleme la serviciu — companiei nu îi mergea bine, iar şeful lui fusese extrem de tensionat. Fusese stresat înainte să înceapă problemele cu spatele, însă acum devenise chiar şi mai anxios şi mai agitat. Robert a început să se teamă că s-ar putea să nu se facă niciodată bine.

Robert se lăsa prins în *ciclul durerii cronice de spate* (Siegel et al., 2001). Ciclul acesta poate debuta cu o leziune în urma unui accident sau uzurii excesive sau poate părea că apare „din senin", fără un agent fizic clar (Hall, McIntosh, Wilson şi Melles, 1998).

Odată ce durerea persistă mai mult decât era de aşteptat sau atinge niveluri înalte de intensitate, teama devine un factor. Dat fiind că durerea cronică de spate a devenit o epidemie în statele industrializate, efectiv toată lumea a venit în contact cu cineva care a suferit de ea. Prevalenţa RMN-urilor, cu capacitatea lor de a releva

la nivel de detaliu variaţii aleatorii în structura vertebrală, contribuie la teamă prin faptul că le oferă pacienţilor imagini ale unei coloane vertebrale în declin.

Teama şi grija pentru coloana vertebrală au câteva efecte negative. Asemenea lui Robert, cei mai mulţi oameni reacţionează prin renunţarea la activităţile fizice care anterior contribuiau la reducerea stresului şi la menţinerea muşchilor puternici şi flexibili. Gândurile tulburătoare, asociate cu lipsa

aceasta de activitate, duc la anxietate, frustrare şi furie, iar toate acestea excită şi mai mult sistemul luptă-sau-fugi. Excitaţia aceasta, la rândul ei, contribuie la înţepenirea muşchilor, în acelaşi timp muşchii fiind privaţi de mişcarea naturală care îi ajutase anterior să îi menţină relaxaţi. Se creează un ciclu de durere-îngrijorare-teamă-tensiune-durere, însoţit de dizabilitate.

Teama nu contribuie doar la durere prin creşterea tensiunii musculare, ci şi amplifică, de fapt, senzaţiile de durere în sine. Ştim de zeci de ani că experienţa durerii nu este pur şi simplu proporţională cu gradul de distribuţie la nivelul ţesuturilor (McGrath, 1994; Melzack şi Wall, 1965; Shankland, 2011). Oamenii resimt un stimul dat într-un mod mult mai dureros dacă sunt speriaţi decât dacă se simt în siguranţă (Beecher, 1946; Burgmer et al., 2011; Robinson şi Riley, 1999). Astfel, temerile legate de dureri contribuie la ciclurile durerii nu doar prin tensionarea muşchilor, ci şi prin amplificarea senzaţiilor de durere pe care le produc

muşchii tensionaţi. După cum vom vedea imediat, practica mindfulness, prin modificarea atitudinii noastre faţă de durere, poate ajuta muşchii să se relaxeze şi, de asemenea, ne poate influenţa experienţa durerii prin schimbarea relaţiei noastre cu ea (Brown şi Jones, 2010, 2012).

O altă componentă a ciclului durerii cronice de spate o reprezintă atribuirile eronate. Odată ce o persoană se îngrijorează din cauza durerii de spate, se va chinui să afle care mişcări sau poziţii par să o calmeze sau să o agraveze. Odată ce o astfel de relaţie e observată, de fiecare dată când persoana se angajează în activitatea presupus problematică, devine şi mai anxioasă şi mai încordată. De obicei, urmează o creştere a nivelului durerii, întărind convingerea că o acţiune dată e periculoasă. Reacţia aceasta condiţionată, numită *kinesiofobie* (frică de mişcare) s-a dovedit a fi un predictor mai bun pentru cronicitatea durerii de spate şi dizabilităţii decât diagnosticul medical (Crombez, Vlaeyen, Heuts şi Lysens, 1999; Leeuw et al., 2007; Picavet et al., 2002; Waddell, Newton, Henderson şi Somerville, 1993).

Paralelele dintre ciclul durerii cronice de spate şi tulburările anxioase descrise în Capitolul 9 sunt evidente. Toate au la bază activitatea excesivă a sistemului luptă-sau-fugi. De asemenea, ele implică şi răspunsurile la frică neadaptate, orientate spre viitor, evitarea experienţială şi presupunerile false despre natura problemei. Mindfulness-ul poate ajuta la contracararea acestor procese

prin creşterea

toleranţei la disconfort şi reducerea identificării cu gândurile îngrijorătoare.

Ciclul recuperării

Recuperarea de pe urma sindromului necesită întreruperea ciclului durerii. Procesul acesta presupune trei elemente de bază, toate putând fi susţinute de practica mindfulness: (1) *restructurarea cognitivă*, (2) *reluarea activităţii fizice depline* şi (3) *lucrul cu emoţiile negative*. Intervenţiile pot fi adaptate individual, punând mai mult sau mai puţin accent pe fiecare element, în funcţie de care aspecte ale ciclului durerii sunt cel mai arzătoare pentru un pacient.

Înainte de a începe tratamentul, toţi pacienţii ar trebui să fie supuşi unei examinări fizice amănunţite, pentru a elimina cauzele medicale rare, dar cu potenţial grav ale durerii. S-a stabilit acum clar că aceste afecţiuni, printre care se numără tumorile, infecţiile, rănile şi anormalităţile structurale neobişnuite, sunt cauza unui procent foarte mic de dureri cronice de spate (Bigos et al., 1994; Chou et al., 2007; Deyo, Rainville şi Kent, 1992). O evaluare fizică este necesară pentru a evita omisiunea unei afecţiuni medicale tratabile, pentru a facilita restructurarea cognitivă şi pentru a acorda o permisiune autentică de reluare a activităţii.

Mindfulness-ul şi restructurarea cognitivă

Atâta vreme cât pacienţii cred că durerea lor este cauzată de o leziune a coloanei vertebrale, reacţionează cu teamă şi evită activitatea asociată cu durerea, perpetuând astfel ciclul durerii. Dat fiind că durerea poate fi intensă, la început e deseori dificil pentru cei mai mulţi pacienţi (şi pentru mulţi clinicieni) să creadă că se poate ca tocmai tensiunea musculară să o provoace.

Pacienţilor li se pot prezenta studii de cercetare esenţiale, care pun la îndoială legătura dintre durerea de spate şi leziunile structurale, urmate de o explorare a funcţionării ciclului durerii cronice de spate. Acest lucru e necesar mai ales atunci când pacienţii vor adopta un exerciţiu mental, cum este mindfulness-ul, pentru a trata o problemă aparent fizică. Numeroşi pacienţi sunt îngrijoraţi de faptul că tratarea factorilor psihologici înseamnă că noi credem că durerea

lor e închipuită sau „doar în mintea mea". De asemenea, se pot teme că ar putea fi acuzați că se eschivează. Terapeuții clinicieni trebuie să sublinieze că durerea este produsă de schimbări în corp și că este, în toate privințele, reală.

Odată ce pacienții au aflat despre ciclul durerii cronice de spate, pot fi introduse exerciții elementare de mindfulness (vezi Capitolele 1 și 7) pentru a contribui la întreruperea lui prin creșterea toleranței la durere, reducerea reacțiilor de evitare, ruperea de gândurile negative și facilitatea lucrului cu emoțiile dificile. Deși efectul e unul treptat, practica mindfulness poate crește flexibilitatea cognitivă necesară

de-a lungul tratamentului. Observând apariția și trecerea gândurilor, fără a le da curs sau a le judeca, pacienții se identifică mai puțin cu conținutul lor. Pacienții pot vedea și că gândirea este influențată social — observă că mintea lor e plină de idei luate de la doctori, amici sau de la alții. Ajung să observe că nu evenimentele în sine, ci felul în care interpretăm evenimentele este cel care ne stabilește reacțiile. *Trăirea* directă a acestui truism îi ajută pe pacienții cu dureri să întrețină ideea că presupunerile cu privire la leziunile structurale și chiar și diagnosticele medicale sunt constructe schimbabile, nu concluzii obiective privind realitatea.

Practica mindfulness susține, de asemenea, capacitatea de a observa jocul dintre durere, teamă și comportament în cadrul propriei experiențe. În cea mai mare parte a timpului, pacienții nu sunt conștienți de rolul pe care îl joacă gândurile și emoțiile în durerea lor. Folosind practica mindfulness, conștientizarea aceasta poate fi augmentată.

Cathy suferea de dureri de spate de ani de zile. În ciuda faptului că medicii nu găsiseră niciodată nimic mai mult de o ușoară deplasare a unui disc, ea era sigură că are „probleme cu spatele" și era mereu în pericol de a se răni din nou. Evita să stea așezată mai mult de câteva minute, convinsă fiind că trupul ei nu poate tolera presiunea pusă astfel pe coloana ei vertebrală.

La început, practicarea mindfulness-ului a fost ușoară. A început prin a se întinde, a putut să își urmărească respirația și s-a confruntat cu provocările unei minți aglomerate. Însă practica a devenit mai dificilă când a încercat stând așezată pe un scaun. Cathy a observat că atenția i se îndrepta mereu către șale, monitorizând semne de durere. A vrut să se ridice imediat ce a

simţit o furnicătură. De asemenea, Cathy a început să îşi dea seama că nevoia ei puternică de a-şi schimba poziţia era motivată mai mult de teamă decât de intensitatea durerii în sine. A văzut cum mintea îi „contabilizează" timpul petrecut pe scaun, gândindu-se că dacă deja simte durere după 5 minute, nu va fi niciodată în stare să stea 20. A văzut cum apare un caleidoscop de gânduri temătoare, urmate de anxietate, tensiune musculară crescută şi mai multă durere.

Folosirea mindfulness-ului se poate combina armonios cu automonitorizarea cognitiv-comportamentală. De exemplu, eu le cer uneori pacienţilor să aibă un carneţel cu ei şi să facă un semn ori de câte ori observă că au vreun gând anxios legat de spatele lor. Cei mai mulţi renunţă la exerciţiu după câteva ore, dat fiind că observă că au mereu astfel de gânduri. De asemenea, pacienţii pot fi rugaţi să completeze inventare, cum este chestionarul convingeri despre durere[18] (Siegel et al.,

2001), Scala Tampa pentru kinesiofobie (Kori et al., 1990) sau Chestionarul privind convingeri de evitare a fricii (Waddell et al., 1993), care îi ajută să observe presupunerile neconştientizate deocamdată despre starea lor. Intervenţiile acestea funcţionează bine alături de practica mindfulness-ului, pentru a stimula conştientizarea emoţiilor şi cogniţiilor negative, făcând astfel mai plauzibilă apariţia mecanismului ciclului durerii cronice de spate.

Folosirea mindfulness-ului pentru a relua activitatea

Cel de-al doilea pas al procesului de recuperare, *reluarea activităţii fizice complete*, serveşte numeroase funcţii. Este un tratament de expunere şi prevenire a recăderii pentru kinesiofobie şi teama de dizabilitate. În loc de a evita activitatea ca răspuns la teamă, pacientul se implică în activitate şi încearcă să se deschidă la sau să devină prieten cu teama care apare ca rezultat (vezi Capitolul 9). De asemenea, e un exerciţiu fizic pentru muşchii care s-au scurtat şi s-au slăbit, precum şi un mijloc de a reduce stresul psihologic.

Pacienţilor li se cere să creeze o ierarhie a activităţilor pe care le-au abandonat, cotând fiecare activitate ca *plăcută, neutră* sau *neplăcută* şi *uşor, moderat* sau *dificil* de reluat, folosind Inventarul activităţilor pierdute (Siegel et al., 2001). Sunt

instruiţi să înceapă cu acele activităţi despre care îşi imaginează că ar fi cel mai plăcut şi cel mai puţin dificil sau înfricoşător de urmat. Selecţia aceasta e elaborată pentru a face procesul să se susţină singur şi să menţină anxietatea la un nivel tolerabil.

Când pacienţii reiau iniţial activităţile abandonate, durerea lor de obicei se accentuează. Se întâmplă aşa şi pentru că muşchii tensionaţi şi slabi sunt dureros de folosit la început, şi din cauza nivelului crescut de anxietate care apare în urma confruntării cu o fobie. Practica mindfulness îi poate ajuta pe pacienţi să treacă peste această etapă dificilă.

Durerea nu înseamnă suferinţă

Există un discurs celebru atribuit lui Buddha, numit adesea *povestea celor două săgeţi* (sau două vârfuri), în care acesta descrie răspunsul nostru caracteristic la durere:

Când e atinsă de un sentiment de durere, persoana neinstruită, de rând, se întristează, suferă şi se lamentează, se bate cu pumnul în piept, înnebuneşte. Astfel, simte două dureri, fizică şi mentală. La fel cum ar fi dacă l-ar răni pe un om cu o săgeată şi, imediat după aceea, l-ar răni cu o a doua, astfel încât ar

simţi durerea de la două săgeţi. (Bhikkhu, 2012c, p. 1)

Înţelegerea aceasta antică — aceea că experienţa durerii este urmată imediat de un răspuns de evitare şi suferinţă — este observată imediat în practica mindfulness. Unul dintre pacienţii mei a exprimat-o într-o formulă matematică succintă: *durere x opoziţie = suferinţă*. Înţelegerea aceasta profundă, verificată prin experienţa proprie a pacientului, îi poate permite acestuia să avanseze către reluarea activităţii:

Beth fusese debilitată de mai multe ori de dureri sciatice îngrozitoare. Cheltuise mii de dolari pe scaune de maşină ergonomice, scaune de birou şi saltele ortopedice de ultimă generaţie. Ori de câte ori revenea durerea, devenea abătută, încercând cu disperare să îi identifice sursa. Spera să o poată ţine în frâu dacă e suficient de atentă.

Fratele lui Beth urma să se căsătorească în curând, iar ea îşi dorea foarte mult

să participe la nuntă. Din păcate, era îngrozită la gândul călătoriei cu avionul, sigură fiind că mai multe ore petrecute pe un scaun de avion ar ologi-o. Am decis să folosim practica mindfulness pentru a o ajuta să se pregătească.

Beth a început prin a sta așezată pe un scaun obișnuit, urmărindu-și

respirația. După aproximativ zece minute, a fost invitată să își îndrepte atenția asupra senzațiilor din picior. I s-a cerut să observe cât de exact poate senzațiile, să observe dacă simte o arsură, durere, pulsație sau junghiuri. Ori de câte ori avea vreun gând temător sau care o distrăgea, i se cerea să revină cu atenția asupra senzațiilor reale din picior, în momentul prezent.

La început, senzațiile au crescut în intensitate, iar Beth s-a speriat. În decurs de 30 de minute, a observat însă că senzațiile deveniseră variabile. Și-au schimbat și calitatea, și intensitatea. Gânduri ca „nu suport chestia asta“ sau „sper să nu mă dea înapoi” apăreau și treceau.

Lui Beth i s-a cerut să vadă dacă ar putea observa cum durerea ei este, de fapt, alcătuită dintr-o serie de senzații de moment separate, ca niște cadre de film unite suficient de rapid pentru a da impresia de continuitate. I s-a cerut să continue să observe detaliile, ca și cum ar privi un apus de soare sau ar asculta o simfonie. Îi era deseori greu, pentru că senzațiile erau destul de neplăcute. Cu toate acestea, Beth a fost uimită să descopere că poate încorpora experiența și, până la final, nu se simțea mai puțin confortabil decât la început.

În cadrul acestui tip de practică a mindfulness-ului sunt vizate câteva

impedimente la adresa reluării activității. În primul rând, se poate vedea că senzațiile de durere în sine sunt distincte în raport cu răspunsurile de evitare — gânduri și sentimente negative asociate durerii. Aceste răspunsuri de evitare constituie experiența suferinței (a „doua săgeată"). Observația aceasta îți poate da un sentiment imens de eliberare, pentru că permite tolerarea durerii în loc de a te face să te simți obligat să o eviți sau să o alini, permițând astfel o mai largă gamă de activitate.

În al doilea rând, prin orientarea atenției asupra momentului prezent, anxietatea anticipativă se reduce. S-a observat adesea că până și în situațiile

îngrozitoare, teama noastră e legată de viitor. De exemplu, când oamenii devin conștienți după un accident de mașină grav, mințile lor se grăbesc înainte, chiar dacă ei sângerează sau au dureri: „O să fiu bine?“, „Cei dragi mie vor supraviețui?” Orientând atenția asupra prezentului, anxietatea anticipativă care se află în inima celor mai multe dintre ciclurile durerii (Leeuw et al., 2007) este redusă. Această diminuare a anxietății scade tensiunea musculară și reduce intensitatea percepută a durerii.

În al treilea rând, practica mindfulness îi ajută pe oameni să se simtă „susținuți". Când o persoană are dureri și nu are opțiuni clare de ușurare a acestora, se întâmplă deseori să fie destul de tulburată. Practica mindfulness reduce

catastrofizarea care joacă un rol central în durere și dizabilitate (Cassidy, Atherton, Robertson, Walsh și Gillett, 2012) și le oferă pacienților o activitate structurată care nu contribuie la spirala răspunsurilor de evitare. Practica de concentrare este, de asemenea, calmantă și fortifiantă, dat fiind că prezentul devine un refugiu, și nu o amenințare. Odată ce pacienții sunt mai puțin înspăimântați de durerea lor, sunt mai în măsură să avanseze din punct de vedere comportamental și să reia activitățile abandonate.

Pacienții ar putea avea nevoie să li se amintească adesea că mișcarea neinhibată nu este periculoasă și că pot aborda durerea cu mindfulness. Pentru a elimina asocierile condiționate între activitate și durere, pacienții ar trebui încurajați să se angajeze în activitatea aleasă de câteva ori pe săptămână, vreme de câteva săptămâni, înainte de a trece la următoarea provocare. În general, aceștia sunt capabili să observe fluctuații în ceea ce privește nivelul de durere în perioada aceasta, în ciuda activității consecvente. Aceste fluctuații îi ajută să își dea seama că nu activitatea în sine este problema.

Lucrul cu intențiile

Numeroși pacienți sunt mult mai îngrijorați din cauza dizabilității decât din

cauza durerii per se. Practica mindfulness îi poate ajuta să își dea seama că nu trebuie să se lase limitați de senzațiile de durere — că senzațiile nu trebuie să dicteze comportamentul:

Michelle era un ofițer de poliție care își iubea munca. Durerile de spate au debutat după un accident de mașină care i-a distrus total vehiculul. Deși observațiile medicale nu indicau nimic deosebit, nu putea sta pe scaun mai mult de câteva minute. I se dăduse un post administrativ, dar acesta era pe cale de a fi desființat și fie trebuia să revină la munca obișnuită de polițist, fie să își piardă serviciul. Fiind o femeie competentă, stăpână pe situație, Michelle detesta ideea că ar putea deveni o mamă singură șomeră.

Michelle era dispusă să accepte că durerea ei se datora tensiunii musculare, dar asta nu i-a ușurat prea mult nefericirea. I s-a prezentat un exercițiu simplu de mindfulness, concentrat asupra respirației, și l-a prins rapid la început. Și-a putut observa senzațiile de durere și calitatea lor schimbătoare. Pe măsură ce a trecut timpul, însă, durerea i s-a accentuat și ea a început să se foiască pe scaun. „Trebuie să mă ridic", a anunțat ea, durerea e prea intensă. I s-a cerut să încerce să rămână cu senzațiile din spatele ei vreme de câteva minute. Când a început să se foiască din ce în ce mai tare, i s-a indicat

să își concentreze atenția asupra sentimentului de urgență de a se ridica de pe scaun — să își concentreze mintea asupra intenției în sine de a se ridica.

După câteva momente, Michelle a observat că simte o nevoie impetuoasă de a se ridica, pe care a asemuit-o cu o strânsoare sau presiune în piept și gât. Apoi i s-a cerut să își concentreze atenția în zona aceasta și să folosească *surfingul printre porniri* pentru a rămâne așezată (Marlatt și Gordon, 1985). A exersat starea de a rămâne împreună cu nevoia impetuoasă de a se mișca — să o observe cum crește, cum atinge un crescendo, iar apoi scade în intensitate — urmând un tipar ca de valuri. A încetat să se mai foiască și a putut rămâne așezată, reorientându-și atenția asupra respirației.

Experiența aceasta a avut un efect profund. Până atunci, Michelle nu observase nicio diferență majoră între senzațiile ei de durere puternică și mișcarea pe care o făcea pentru a-și ușura disconfortul. Observând că *intenția* de a se ridica apare la mijloc și poate fi gestionată la fel ca orice altă senzație, sentimentul libertății i s-a amplificat semnificativ. Astfel, a prins încredere că, practicând mindfulness-ul, ar putea învăța să stea jos perioade lungi și și-ar putea relua activitatea obișnuită de polițistă.

Antrenarea forței, flexibilității și rezistenței

O modalitate de a accelera dispariţia răspunsurilor temătoare la activitatea normală, precum şi de a accelera revenirea forţei şi flexibilităţii musculare, este antrenamentul structurat. Ridicarea treptată a greutăţilor, întinderea şi exerciţiile aerobice îi pot ajuta pe pacienţi să treacă dincolo de temerile lor că ar fi compromişi din punct de vedere structural (Siegel et al., 2001). Odată ce o persoană poate ridica 12 kilograme, scad şansele să se mai teamă să se aplece şi să ridice jucăria unui copil sau o pungă de cumpărături. Din ce în ce mai multe dovezi indică faptul că exerciţiile fizice susţinute, chiar dacă la început cresc nivelul de durere, uşurează recuperarea (Chou et al., 2007; Guzman et al., 2001; Mayer et al., 1987; Rainville, Sobel, Hartigan, Monlux şi Bean, 1997; Schonstein, Kenny, Keating şi Koes, 2003). Aşa cum am amintit anterior, numeroase tratamente orientate spre mindfulness-ul aplicat durerilor cronice au generat doar îmbunătăţiri modeste ale intensităţii durerii. Probabil că aceste programe ar fi mai eficiente dacă, pe lângă predarea practicii mindfulness, ar lucra sistematic şi asupra depăşirii fricii de mişcare.

Când pacienţii încep să îşi lucreze muşchii neglijaţi anterior, se confruntă, în general, cu o durere mai mare. Deseori, programele de reabilitare dau greş în punctul acesta. La fel ca în cazul reluării altor activităţi, practica mindfulness poate fi

folosită pentru a lucra cu teama şi cu durerea care apar când începi un program structurat de mişcare. După dezvoltarea unui nivel de concentrare prin urmărirea respiraţiei, pacienţii sunt instruiţi să îşi îndrepte atenţia cu acceptare asupra senzaţiilor de durere asociate cu ridicarea de greutăţi, întinderea sau participarea la activităţi aerobice. Astfel, se construieşte toleranţa la durere şi se reduce probabilitatea ca durerea puternică să producă o tensiune musculară contraproductivă.

Folosirea mindfulness-ului pentru a lucra cu emoţiile negative

Pentru mulţi pacienţi, faptul de a afla că durerea pe care o resimt nu se datorează unor leziuni structurale, de a vedea cu ochii lor cum operează ciclul durerii cronice de spate şi de a relua activitatea fizică în totalitate reprezintă suficiente schimbări la nivelul accepţiunii şi comportamentului lor pentru a-i elibera de tulburare. Însă, pentru alţii, revenirea la activitatea normală nu e de ajuns. În general, e vorba de oameni pentru care dificultăţile emoţionale — în afară de temerile legate de durerile de spate — contribuie la o tensiune

musculară persistentă. Deseori e utilă folosirea unei combinaţii de explorare psihodinamică şi antrenarea abilităţilor sociale, susţinute de practica mindfulness.

Există dovezi că oamenii cărora le este dificil să recunoască afectele suferă

disproporţionat de pe urma tulburărilor psihofiziologice (Schwartz, 1990), că faptul de a nu fi conştient de sentimente poate afecta reuşita reabilitării (Burns, 2000; Burns et al., 2012) şi că a învăţa să identifici şi să exprimi emoţii în siguranţă poate reduce frecvenţa simptomelor (Pennebaker, Keicolt-Glaser şi Glaser, 1988). Când nu suntem capabili să recunoaştem sau să tolerăm un gând sau un sentiment, sistemul nostru luptă-sau-fugi reacţionează la ameninţarea pe care o reprezintă acesta, declanşându-se la fel cum se întâmplă în cazul pericolelor exterioare. Dat fiind că experienţele vieţii declanşează mereu cogniţii şi afecte nerecunoscute, sistemul nostru luptă-sau-fugi este deseori suprasolicitat. Prin urmare, nu e de mirare că un nivel superior de conştientizare a afectelor poate contribui la eliberarea unor oameni de durere cronică.

Toţi erau de părere că Eddie e un tip foarte de treabă — dar nu fusese întotdeauna. Copil fiind, era cunoscut pentru că era provocator şi avea deseori necazuri fiindcă se bătea.

În adolescenţă, Eddie schimbase foaia şi devenise un cetăţean model. Acum, adult fiind, se certa rareori şi era mereu manierat. Deseori se simţea trist, singur sau anxios — dar niciodată furios.

Nu e de mirare că Eddie îşi respecta supus programul de tratament. A

recunoscut cât de tare se speriase din cauza durerii şi îşi relua sistematic activitatea, dorind să facă pe plac terapeutului său.

Eddie era frustrat totuşi că durerea nu dispare. Dat fiind că devenise clar că era neobişnuit de inhibat în privinţa recunoaşterii şi exprimării furiei, a fost încurajat să discute despre lucrurile care îl enervau. Chiar dacă a putut identifica o doză oarecare de furie neconştientizată în felul acesta, agresiunea a devenit cel mai vizibilă pentru el în timpul practicării mindfulness-ului. Observa că, atunci când apar gânduri furioase, vorbeşte imediat pentru a

scăpa de ele.

În cele din urmă, Eddie şi-a amintit că obişnuia să se înfurie mult, dar decisese în mod conştient să înceteze, întrucât părea că face doar necazuri. Pe măsură ce terapia şi practica mindfulness au continuat, a fost din ce în ce mai capabil să recunoască şi să conştientizeze o gamă mai complexă de sentimente. Anxietatea i s-a ameliorat şi, în consecinţă, a început să resimtă mult mai puţină durere.

Practica mindfulness susţine explorarea psihodinamică prin aducerea unor emoţii anterior neconştientizate în câmpul conştientizării şi prin ajutarea pacienţilor să le tolereze. În cadrul practicii mindfulness, gândurile, sentimentele şi

amintirile sunt libere să intre în minte, permiţându-se accesul în conştiinţă al afectelor şi cogniţiilor pe care poate altfel nu le-am observa. Pe măsură ce pacienţii văd că emoţiile apar, sunt resimţite şi, în cele din urmă, trec, acestea devin mai uşor de suportat.

Controlul

Practica mindfulness este plină de paradoxuri. Deseori, e descrisă ca o activitate *fără obiectiv,* dat fiind că presupune să fii atent la orice se întâmplă în momentul respectiv, inclusiv la experienţa de a fi distras de la atenţia la ce se întâmplă în momentul respectiv. Shunryu Suzuki (1973), un influent profesor Zen, sugerează: „A-i da oii sau vacii tale o păşune mare, spaţioasă, e o cale de a o controla" (p. 31). Paradoxul acesta lucrează în tulburările psihofiziologice. Poate fi observat ori de câte ori supraactivarea sistemului nostru luptă-sau-fugi creează un simptom nedorit, pentru că actul de a *ne opune* simptomului ne activează şi mai mult sistemul luptă-sau-fugi. O persoană care se luptă cu insomnia observă că este cu atât mai excitată şi mai trează cu cât încearcă mai tare să adoarmă; bărbatul care luptă împotriva disfuncţiei erectile încercând să îşi controleze trupul se înmoaie; în general, *încercarea* de a ne relaxa dă greş. Ataşamentul faţă de reducerea

simptomelor perpetuează simptomele.

Această înţelegere profundă este deosebit de valoroasă pentru soluţionarea

tulburărilor psihofiziologice. O abordare orientată spre mindfulness, terapia acceptării și angajamentului (TAA), ilustrează mecanismul acesta folosind metafora „cătușelor chinezești", acele tuburi de paie țesute, pe care ți le pui pe degetele arătătoare doar ca să descoperi că, pe măsură ce încerci să le scoți, tuburile se strâng și mai tare (Hayes, 2002b). Pentru a putea lucra eficient cu cele mai multe tulburări psihofiziologice, pacienții trebuie să învețe să facă diferența între acele zone în care pot exercita controlul și cele în care e contraproductiv să încerce. În general, putem încerca să ne controlăm cu folos comportamentul, nu și experiența. Un elev în domeniul mindfulness-ului se poate angaja că va exersa zilnic în perioada prescrisă, dar nu poate controla dacă se va simți relaxat sau încordat, concentrat sau împrăștiat. La fel, un pacient cu dureri de spate se poate angaja să își crească sistematic gama de activități și se poate angaja să urmeze un program de stretching și de mișcare, dar nu poate controla apariția durerii.

Ideea că e contraproductiv să încerci să eviți durerea este deosebit de dificil de înțeles pentru cei mai mulți dintre pacienți. Torentul de mesaje pe care le primim din reclame ne face să credem că, dacă am cumpăra remediul corect, nu am avea niciodată parte de disconfort. Tratamentele convenționale împotriva durerii

întăresc noțiunea aceasta concentrându-se asupra ușurării durerii. Prin urmare, poate fi o provocare să accepți că renunțarea la scopul de a ușura durerea este esențială pentru recuperare, în ciuda dovezilor din ce în ce mai numeroase că acceptarea este mai eficientă decât controlul, ca strategie de a face față durerii (Liu, Wang, Chang, Chen și Si, 2012; Thompson și McCracken, 2011).

Și totuși, practica mindfulness poate fi de folos. Observând că suferința are la bază reacția noastră la durere și învățând să privească venirea și plecarea experiențelor plăcute și neplăcute, pacienții sunt mai în măsură să cultive o atitudine de acceptare care, în ultimă instanță, îi poate elibera din ciclul durerii cronice. Aceștia învață treptat să trateze durerea ca și cum ar fi în afara posibilităților lor de a o controla, la fel cum e și vremea.

Adaptarea mindfulness-ului

A decide care exerciţii de mindfulness sunt cele mai utile pentru care pacienţi depinde de numeroase variabile. Dacă pacienților li se pare că un anumit exerciţiu e dificil, nu vor continua cu el. În plus, unele exerciţii pot fi realmente dăunătoare pentru indivizii vulnerabili.

Supravieţuitorii traumelor

Mai sus am văzut cum practica mindfulness-ului poate susţine conştientizarea şi tolerarea sporită a afectelor, ajutându-ne în acest mod să reducem tensiunea cronică asociată cu efortul de a menţine astfel de conţinuturi în afara conştientizării. Pentru indivizii care de obicei îşi refulează amintirile sau emoţiile dureroase, acest lucru poate deveni totuşi copleşitor. Dat fiind că supravieţuitorii traumelor sunt suprareprezentaţi semnificativ în rândul oamenilor cu dureri cronice de spate şi alte tulburări psihofiziologice (Asmundson, Coons, Taylor şi Katz, 2002; Beckham et al., 1997; Pecukonis, 1996; Schofferman, Anderson, Hines, Smith şi Keane, 1993; Schur et al., 2007; Springer, Sheridan, Kuo şi Carnes, 2007; Yaari, Eisenberg, Adler şi Birkhan, 1999), vulnerabilitatea aceasta este deseori o problemă în cadrul tratamentului. Astfel de pacienţi devin adesea anxioşi după câteva minute în care îşi urmăresc respiraţia, mai ales dacă îşi ţin ochii închişi. În cazurile acestea, proporţia între efectele de „susţinere" ale practicii şi puterea sa de a scoate la iveală experienţa necunoscută este mult prea înclinată spre a aduce conţinuturile în aria de conştientizare.

Aşa cum s-a discutat în Capitolul 7, un răspuns la sensibilitatea aceasta constă în folosirea exerciţiilor de mindfulness care orientează atenţia către lumea exterioară, nu către cea interioară, potenţial copleşitoare. Meditaţia pentru mers, în cadrul căreia atenţia e orientată spre senzaţia picioarelor care ating pământul,

funcţionează deseori şi este compatibilă cu obiectivul de a creşte nivelul de activitate fizică. La fel, meditaţia pentru natură, în cadrul căreia se folosesc imaginile şi sunetele copacilor, norilor, păsărilor şi altora asemenea ca obiecte ale conştientizării poate cultiva un sentiment al siguranţei. Exerciţiile de yoga care pot fi practicate cu mindfulness reprezintă o alternativă bună, pentru că ele combină antrenarea flexibilităţii cu mindfulness în mişcare.

Mecanisme de acțiune

Acum, că practicile mindfulness sunt folosite la scară largă pentru durerea cronică şi dovezile privind eficienţa lor sunt din ce în ce mai numeroase, cercetătorii au început să investigheze mecanismele prin intermediul cărora ar putea funcţiona practicile acestea. Deşi rezultatele au deocamdată caracter preliminar, sunt interesante (vezi şi Capitolul 15).

O arie de investigaţie măsoară nivelul de mindfulness al pacienţilor cu durere cronică, pentru a vedea legătura cu factori precum funcţionarea fizică, socială, cognitivă şi emoţională, precum şi cu folosirea de medicamente. Chiar dacă măsurarea fidelă a stării de mindfulness (cum ar fi faptul că o persoană necesită un anumit grad de mindfulness pentru a observa că mintea sa rătăceşte în altă parte

[Grossman, 2011] este supusă unor numeroase provocări, datele sugerează că un nivel mai mare de mindfulness corespunde într-adevăr unei funcţionări mai bune, mai ales prin ameliorarea durerii asociate anxietăţii, tiparelor de evitare şi dizabilităţii (Cho, Heiby, McCraken, Lee şi Moon, 2010; Schutze, Rees, Preece şi Schutze, 2010).

Un alt set de studii a investigat modul în care meditatorii cu experienţă reacţionează la durerea indusă experimental. Dovezile sugerează că (1) meditatorii experimentaţi raportează că percep stimulii dureroşi ca fiind mai puţin neplăcuţi decât îi percep subiecţii de control, lipsiţi de experienţă (Lutz, McFarlin, Perlman, Salomons şi Davidson, 2013), iar nivelul de experienţă în meditaţie e invers proporţional cu nivelul de neplăcere acordat de subiecţi (Brown şi Jones, 2010); (2) meditatorii cu experienţă relatează tendinţe superioare de a observa şi a rămâne nereactivi la senzaţiile de durere, celor ale subiecţilor din grupul de control, lipsiţi de experienţă (Grant şi Rainville, 2009), (3) monitorizarea deschisă (mindfulness per se) duce la o reducere semnificativă a neplăcerii datorate durerii în rândul meditatorilor cu experienţă, dar nu şi al începătorilor (Perlman, Salomons, Davidson şi Lutz, 2010) şi (4) meditatorii cu experienţă, însă nu şi subiecţii din grupul de control lipsiţi de experienţă, au înregistrat niveluri semnificativ mai reduse ale anxietăţii anticipate a durerii când erau într-o stare de mindfulness (Gard et al., 2011). E

interesant că, în cadrul unui studiu, s-a observat că, în vreme ce concentrarea crește intensitatea durerii pentru subiecții neexperimentați din grupul de control, nu se întâmplă la fel în cazul meditatorilor cu mai multă experiență — sugerând că acest al doilea grup putea să *fie împreună cu* stimulii dureroși fără a avea o reacție de evitare puternică față de ei (Grant și Rainville, 2009).

Deși studiile acestea sugerează că o experiență vastă în domeniul meditației dă naștere celor mai mari beneficii când vine vorba de confruntarea cu durerea, există dovezi în sprijinul ideii că o pregătire vreme de doar 3 zile, câte 20 de minute pe zi, poate reduce semnificativ intensitatea durerii și anxietatea asociată durerii ca reacție la durerea indusă experimental (Zeidan, Gordon, Merchant și Goolkasian, 2010), că doar șase ședințe de pregătire pentru mindfulness sunt suficiente pentru a crește semnificativ toleranța la durere (Kingston, Chadwick, Meron și Skinner, 2007) și că o singură perioadă de 20 de minute de meditație prin bunătate iubitoare poate reduce semnificativ durerile datorate migrenelor (Tonelli și Wachholtz, 2012).

Mecanismul central sugerat de toate aceste studii e o paralelă apropiată pentru povestea lui Buddha despre cele două săgeți. Se pare că, prin acceptarea senzațiilor de durere, în loc să ne opunem, să ne temem sau să încercăm să le evităm, suntem capabili să tolerăm o mai mare stimulare a durerii cu mai puțin chin,

indiferent dacă durerea e datorată unei afecțiuni medicale sau indusă în laborator (Thompson și McCracken, 2011).

O altă linie incitantă de cercetare examinează regiunile creierului activate atunci când subiecții adoptă diferite atitudini meditative față de durerea indusă experimental. Cele două componente ale meditației cu mindfulness, *atenția concentrată* și *monitorizarea deschisă* (Lutz, Slagter, Dunne și Davidson, 2008), corespund practicii concentrării în care ne readucem în mod repetat atenția asupra unui singur obiect, și mindfulness-ului per se, în care ne deschidem și suntem atenți la orice apare în aria de conștientizare. În cadrul acestei cercetări, monitorizarea deschisă este înțeleasă ca o formă de „dezangajare cognitivă" sau renunțare la control (Gard et al., 2012). Investigatorii au descoperit că meditatorii cu experiență care au fost expuși la stimuli dureroși în timp ce practicau monitorizarea deschisă înregistrau un nivel scăzut de activitate la nivelul cortexului lateral prefrontal (CLPF), o

zonă asociată cu controlul executiv (Grant, Courtemanche şi Rainville, 2011). Meditaţia crescuse simultan activarea la nivelul insulei posterioare (Gard et al., 2011; Grant et al., 2011), despre care se ştie că e implicată în procesarea interoceptivă şi senzorială (Craig, 2009). Observaţiile acestea sugerează că practica mindfulness-ului reduce experienţa durerii şi anxietatea asociată durerii prin procesarea crescută a senzaţiilor de durere însele, alături de o dezangajare cognitivă, care implică

renunţarea la tentativele de a controla. Cercetătorii par a observa felul în care, la nivel neurobiologic, meditatorii cu experienţă se deschid în faţa senzaţiilor de durere şi renunţă concomitent la tentativele de a le controla, astfel că se confruntă cu mai puţine chinuri.

E interesant că, sugerează cel puţin un studiu, meditatorii neexperimentaţi au tipare de activare a creierului diferite de meditatorii cu experienţă. Când subiecţii novici au încercat meditaţia cu mindfulness în prezenţa un stimul dureros, au înregistrat o creştere a activităţii CLPF, ceea ce sugerează că încercau să exercite un control cognitiv asupra durerii. Strategia nu a funcţionat însă foarte bine, iar ei nu au resimţit mai puţină neplăcere datorată durerii sau mai puţină anxietate anticipativă, cum a fost cazul meditatorilor experimentaţi (Gard et al., 2011).

Alte tulburări psihofiziologice

Procese destul de similare durerii cronice de spate întreţin un număr remarcabil de alte tulburări psihofiziologice. Împreună, acestea reprezintă un procent semnificativ din vizitele la medic. Atât practica mindfulness, cât şi înţelegerile profunde asociate acesteia pot fi eficiente în tratarea acestor afecţiuni.

Alte tulburări asociate durerii şi tensiunii musculare

Aceiaşi factori care cauzează şi perpetuează durerea cronică de spate sunt adesea implicaţi în alte afecţiuni ale muşchilor şi articulaţiilor. Printre ele se numără simptome diagnosticate ca tendonite, bursite, pinteni, fasciite plantare, sindromul articulaţiei temporomandibulare, rănire prin forţarea repetată, dureri cronice de cap şi fibromialgie. Chiar dacă multe dintre aceste sindroame dureroase pot fi cauzate de leziuni structurale, răniri sau procese

ale bolilor, ele sunt deseori cauzate de tensiune musculară şi/sau atenţie anxioasă, vigilentă la senzaţiile de durere (de exemplu, Bendtsen şi Fernandez-de-la-Penas, 2011; Litt, Shafer şi Napolitano, 2004).

Procesul prin care prind rădăcini aceste afecţiuni este paralel cu ciclul durerii cronice de spate. Poate debuta cu stres fizic sau psihologic. Odată ce pacientul devine îngrijorat, începe să se concentreze asupra zonei dureroase şi deseori începe să o protejeze şi să abandoneze activitatea normală. Se instalează grijile şi frustrarea, stabilindu-se astfel un ciclu al durerii.

Tratamentul pentru toate stările acestea e similar. În primul rând, e necesar un examen medical competent, pentru a exclude alte cauze ale durerii. Acesta e urmat de psihoeducaţie, care poate fi dificilă, fiindcă pacienţii şi furnizorii de servicii medicale presupun că majoritatea acestor sindroame, la fel ca durerea cronică de spate, sunt produse de leziuni structurale sau de o boală. În continuare,

pacienţilor li se cere să facă o listă a activităţilor abandonate. Acestea sunt apoi reintroduse sistematic, începând cu cele care sunt plăcute şi minim înspăimântătoare. Se foloseşte apoi practica mindfulness pentru a dezvolta toleranţă la senzaţiile de durere asociate, pentru a creşte nivelul de conştientizare a afectelor necunoscute şi pentru a facilita renunţarea la tentativa de a controla simptomele.

Tulburările gastrointestinale şi dermatologice

Asemenea tensiunii musculare, despre stările acestea se presupune, în general, că au la bază procesele unei boli fizice. Chiar dacă unele ar putea fi cauzate de infecţii, tumori şi alte procese fiziologice, numeroase cazuri de gastrită, sindromul intestinului iritabil, eczeme, psoriazis şi afecţiuni asociate fie se datorează, fie sunt exacerbate de stresul psihologic (Gatchel şi Blanchard, 1998). prin urmare, nu e de mirare că practica mindfulness a indicat rezultate promiţătoare în tratarea acestora (de exemplu, *tulburarea gastrointestinală*: Gaylord et al., 2011; Kearney, McDermott, Martinez şi Simpson, 2011; *afecţiune dermatologică*: Kabat-Zinn et al., 1998).

Toate aceste tulburări urmează deseori un tipar similar celui al durerii cronice de spate. Simptomul iniţial se poate datora unui eveniment fizic, cum ar fi o

infecție, dar, odată ce pacienții ajung preocupați de simptome, îngrijorarea lor duce la

activarea sistemului luptă-sau-fugi, care, la rândul său, exacerbează sau perpetuează problema. Cu cât pacientul urmează mai ascultător tratamentul medical, cu atât mai preocupat devine de simptomul său și, astfel, prizonier al unui cerc vicios. Când intervențiile medicale nu reușesc să rezolve problema, deseori sunt utile aceleași tipuri de intervenții psihologice pe care le-am discutat. Printre strategiile eficiente se numără psihoeducația, automonitorizarea reacției psihologice la simptome, revenirea la comportamentul normal și instruirea pentru a lucra cu emoțiile negative, care produc stres (R. Siegel, 2010).

La fel ca în cazul altor afecțiuni, practica mindfulness poate fi foarte utilă pentru dezvoltarea unei atitudini de acceptare și toleranță față de simptome, precum și pentru a crește conștientizarea emoțională și a relaxa tentativele contraproductive de a controla. Iată un exemplu tipic:

Noah era un om de afaceri de succes, în vârstă de 45 de ani, care a venit la tratament plângându-se de o serie de simptome gastrointestinale. O săptămână suferea de balonare abdominală și greață, în următoarea era copleșit de constipație care alterna cu diaree. Niciuna dintre numeroasele analize medicale nu reușise să identifice o boală sau cauză pentru suferința lui. Luase numeroase medicamente și ținuse regimuri stricte. Fiecare nouă intervenție

părea promițătoare, apoi eșua.

Noah monitoriza cu atenție ce mănâncă, în căutare de corelații între ce consumă și cum se simte. Se temea mereu că simptomele vor apărea într-un moment prost, întrerupându-i activitatea și făcându-l să se jeneze. Găsirea unui leac pentru afecțiunea sa se transformase în punctul central al vieții sale.

Am început prin a explica felul în care preocuparea pentru ușurarea simptomelor poate contribui la stresul psihologic, care poate, la rândul său, să producă simptome. A urmat apoi o introducere în practica mindfulness, cu scopul de a observa gândurile anxioase legate de starea sa, precum și de a cultiva o atitudine prin care să nu își respingă simptomele. Temerile sale

catastrofice au fost examinate şi a fost încurajat să realizeze un inventar emoţional — observând care dintre emoţii erau cele mai dificile pentru el. A exersat folosirea mindfulness pentru „a fi cu" simptomele, emoţiile şi gândurile sale fără a încerca să le remedieze.

Dat fiind că, în general, el era orientat spre acţiune, abordarea a fost la început dificilă. Cu toate acestea, având un sprijin permanent, Noah a putut să vadă cât de inutilă fusese căutarea unui tratament şi cum căutarea în sine îl ţinuse preocupat într-un mod anxios de sistemul său gastrointestinal. Cu timpul, a reînceput să mănânce normal, lăsând simptomele să apară şi să

dispară, în voia lor. Disconfortul a început să i se diminueze şi a început să îşi dea seama că, în multe arii ale vieţii sale, zelul excesiv de a deţine controlul este cauza suferinţei sale.

Disfuncţiile sexuale şi insomnia

Şi aceste afecţiuni implică, de obicei, tentative contraproductive de a controla excitaţia psihofiziologică. Deşi tulburările pot avea la bază un proces aferent unei boli fizice sau unei stări fiziologice, pacienţii şi medicii afirmă mai degrabă că au o componentă psihologică, astfel că e nevoie de mai puţină convingere pentru a încerca intervenţiile psihologice. A fost dezvoltată o serie de tratamente psihologice bazate pe mindfulness validate empiric (de exemplu, *disfuncţie sexuală*: Brotto et al., 2008; Silverstein et al., 2011; *insomnie*: Gross et al., 2011; Ong et al., 2009; Yook et al., 2008).

Disfuncţia sexuală

Eforturile iniţiale de a trata disfuncţia sexuală implicau intervenţii psihanalitice create pentru a identifica acele conflicte nevrotice înrădăcinate în dezvoltarea psihosexuală timpurie. Domeniul a progresat semnificativ graţie activităţii lui

Masters şi Johnson (1966; Masters, 1970) şi adepţilor acestora, care s-au concentrat asupra anxietăţii de performanţă ca factor principal (Singer-Kaplan, 1974).

Gândiţi-vă, de exemplu, la tratamentul disfuncţiei erectile. Cele mai eficiente

intervenţii, înainte de apariţia Viagra, Cialis şi a medicamentelor similare constau în ajutarea pacienţilor să nu se mai opună simptomelor şi să se concentreze asupra acceptării. După eliminarea unor posibile cauze fizice, terapeuţii îi ajută, de regulă, pe bărbaţi să înţeleagă că tocmai efortul lor de a controla erecţia este cel care dă naştere anxietăţii, care afectează o reacţie fizică normală. Apoi le cer cuplurilor să se angajeze în preludiu, dar cu instrucţiuni de a nu trece la actul propriu-zis. „Dacă apare erecţia, foarte bine. Dacă nu, nu e nicio problemă." Obiectivul este să simtă senzaţiile preludiului în momentul prezent şi să abandoneze temerile legate de obţinerea şi menţinerea unei erecţii.

Practica mindfulness se potriveşte foarte bine acestui gen de tratamente — de fapt, am putea considera *focalizarea pe simţuri (sensate focus)*, tehnica introdusă de Masters şi Johnson, ca fiind o practică mindfulness în care atingerea senzuală serveşte ca obiect al conştientizării. Învăţând să privească experienţele mentale şi fizice cum apar şi dispar, cu acceptare în momentul prezent, pacienţii învaţă arta de a nu-şi controla experienţele. Dacă aceasta e prima practică formală de mindfulness, se poate generaliza frumos către exerciţii de terapie sexuală.

Insomnia

Insomnia a beneficiat de o puternică atenţie din partea lumii medicale, mai ales sub forma unei oferte de medicamente în permanentă creştere. Cele mai multe tratamente nonfarmacologice implică o combinaţie între terapia controlării stimulului, educaţie privind igiena somnului, antrenarea relaxării şi terapia restricţionării somnului (Smith şi Neubauer, 2003; Taylor şi Roane, 2010). Terapia controlării stimulului, principala intervenţie a domeniului tulburărilor somnului (Chessen et al., 1999) implică să îi ceri pacientului să rezerve patul doar pentru somn sau sex. Asta înseamnă că dacă pacientul este încă treaz după 15–20 de minute, e instruit să se dea jos din pat şi să facă altceva până îi e suficient de somn cât să încerce din nou.

Cei mai mulţi pacienţi relatează că insomnia urmează un tipar similar disfuncţiei sexuale. Anxietatea legată de a nu dormi duce la excitaţie, care împiedică somnul. Deşi unele regimuri de tratament recunosc tiparul acesta şi chiar folosesc sugestiile paradoxale pentru a „rămâne treaz" (Shoham-Salomon şi Rosenthal, 1987), cele mai multe intervenţii se concentrează

asupra obiectivului de a merge la culcare.

Abordările bazate pe mindfulness oferă o alternativă pe care mulţi pacienţi o

găsesc utilă. În primul rând, sunt excluse tulburările medicale şi alte tulburări psihiatrice. În continuare, este analizată dinamica insomniei şi se explică înţelepciunea de a renunţa la lupta împotriva simptomelor. Pacienţilor li se predă apoi practica mindfulness şi sunt invitaţi să o încerce *în loc să* doarmă.

Oamenii care practică mindfulness intens în cadrul unor ateliere observă un fenomen interesant — au nevoie de mai puţin somn. Practica mindfulness fie produce unele dintre beneficiile restaurative ale somnului, fie face somnul mai eficient, reducând timpul necesar pentru a dormi. Odată ce pacienţilor li se explică lucrul acesta, practica mindfulness le poate fi oferită ca o alternativă, reducând temerile legate de a adormi.

Pacienţii sunt invitaţi să practice meditaţia prin mindfulness atât ziua, cât şi noaptea, în pat. Îngrijorarea legată de faptul de a fi obosit a doua zi este lăsată să apară şi să dispară. Dacă practica aduce cu sine o relaxare care conduce la somn, pacientul are parte de o noapte de odihnă. Dacă nu, practica poate oferi totuşi o experienţă reîmprospătantă, iar pacientul se simte mult mai odihnit dimineaţa decât dacă şi-ar fi petrecut noaptea chinuindu-se. În orice caz, lupta cu insomnia e abandonată, ceea ce, în general, duce la un tipar de somn mai apropiat de normal.

E interesant că abordarea aceasta violează regula de bază a terapiei controlării stimulului — aceea că patul trebuie rezervat doar pentru somn şi sex. Cu toate

acestea, prin eliminarea dinamicii centrale a tulburării, practica mindfulness poate elibera mulţi pacienţi de insomnia cronică.

Părţile pline ale paharelor

Chiar dacă puţini oameni spun că se bucură că au o tulburare psihofiziologică, nu e ceva ieşit din comun ca pacienţii să aprecieze lecţiile pe care le-au învăţat de-a lungul recuperării. Privind retrospectiv, mulţi oameni ajung să înţeleagă simptomele ca pe nişte semnale de avertisment că

felul în care abordează viaţa este într-un fel lipsit de echilibru. Un număr uimitor dintre aceştia ajunge să fie atras de practicarea regulată a mindfulness-ului şi de accepţiunea filosofică asociată acesteia din punct de vedere istoric.

Când tulburarea se vindecă, pacienţii încep să observe că suferinţa lor se datorează încercării de a controla lucruri pe care nu le pot controla şi că pot învăţa treptat să renunţe. Realitatea efemerităţii tuturor lucrurilor devine mai clară. Ar putea începe să aprecieze experienţa din momentul prezent, realizând că aici se trăieşte, de fapt, viaţa. De asemenea, capătă încredere că pot învăţa să îndure deopotrivă durerea emoţională şi durerea fizică şi nu mai trebuie să se grăbească să o aline. Unii sunt atât de uimiţi de recuperarea lor, încât încep să investigheze în

profunzime învăţăturile budiste sau altele asociate acestora. Afecţiunea lor medicală devine o poartă pentru deschiderea unei dimensiuni spirituale în viaţa lor. Iar când greutăţile devin ocazii de a învăţa şi a creşte, viaţa e îmbogăţită incomensurabil.

---

[17] *Back Sense: A revolutionary Approach to Halting the Cycle of Chronic Back Pain — Back Sense: o abordare revoluţionară pentru oprirea ciclului durerii cronice de spate* (Siegel et al., 2001).

[18] Chestionarul acesta şi altele din categoria Back Sense pot fi obţinute gratuit de la adresa www.backsense.org

CAPITOLUL 11

Mindfulness, insight și terapia traumei

John Briere

Ne vindecăm de suferinţă doar când o trăim pe deplin.

MARCEL PROUST (1925/2003)

În copilărie, Grace fusese neglijată emoţional şi abuzată sexual în mod repetat. Mai târziu, pe la 20 de ani, avusese o relaţie cu un bărbat care o tratase şi el foarte prost. Când acesta fusese arestat pentru molestarea unei fetiţe din cartier, ea a încercat să se sinucidă şi a fost spitalizată pentru o scurtă perioadă. Numeroşii ani de terapie i-au fost de mare folos lui Grace. Trecută acum de 30 de ani, raportează puţine simptome de stres posttraumatic, nu are tendinţe suicidare şi nu mai ia medicamente antidepresive.

Trimisă de terapeutul ei, Grace a făcut cursuri la un centru de meditaţie vreme de aproximativ un an şi tocmai a finalizat un curs de terapie cognitivă bazată pe mindfulness. Ea afirmă:

„Se întâmplă ceva cu meditaţia. E greu de explicat, dar, uneori, când îmi

dau ca de obicei seama cât de puţine lucruri am făcut cu viaţa mea sau cu greutatea mea, mă gândesc... da, bine, vorbe, vorbe, vorbe. Las gândurile în pace, pur şi simplu. Poate că nu trebuie să rezolvi mereu tot ce îţi trece prin minte, uneori poţi să o laşi în pace, în treaba ei, şi să îi zici: «Salut, minte. Eşti în trecut, biata de tine, dar acum nu e trecutul». Problemele mele nu s-au terminat, dar încep să cred că poate eu nu sunt ce mi s-a întâmplat, eu nu sunt gândurile mele. Cum ar veni: «Hei, minte, ia fă tu ce vrei. Dar eu nu trebuie să cred ce spui, măcar nu tot timpul»".

În ultimele decenii, psihoterapeuţii clinicieni au dezvoltat o serie de terapii pentru tratarea stresului posttraumatic (STP) şi altor probleme asociate traumelor. Intervenţiile acestea au merite considerabile şi au îmbunătăţit vieţile a mii de supravieţuitori ai unor traume. Domeniul este însă în curs de evoluţie şi, fără îndoială, noi abordări, poate chiar mai utile, vor continua să

iasă la iveală. După o scurtă introducere cu privire la traumă şi rezultatele asociate acesteia, capitolul de faţă descrie o abordare recentă orientată spre mindfulness, în care ideile şi metodele psihologiei budiste sunt integrate în modelele moderne de tratament, pentru a-i ajuta pe cei care caută ajutor pentru tulburarea asociată traumei.

Trauma și efectele sale

Trauma se defineşte, de regulă, ca un eveniment în cadrul căruia s-a produs un deces sau a existat acest pericol, o rănire gravă sau o altă ameninţare la adresa integrităţii fizice (Asociaţia Americană de Psihiatrie, 2013). Printre exemplele de astfel de traume se numără violurile, dezastrele, tortura, abuzurile fizice şi accidentele auto grave. Amintirile despre aceste evenimente traumatizante — precum şi emoţiile, cogniţiile şi senzaţiile asociate — pot fi înglobate rapid în creier şi apoi declanşate şi retrăite în momente ulterioare, ca simptome de stres posttraumatic (SPT), sub forma amintirilor, gândurilor intruzive, coşmarurilor şi, indirect, hiperexcitaţiei (Yehuda, 1998). Fenomenele acestea, la rândul lor, pot motiva răspunsuri de evitare cognitivă, emoţională şi comportamentală, care sunt ele însele problematice.

Pe lângă STP, există efecte mai complexe ale traumei, mergând de la depresia severă şi anxietate la abuzul de substanţe, disociere, probleme în cadrul relaţiilor, intenţii suicidare, tulburări de identitate şi probleme de reglare a stărilor emoţionale (Briere, 2004; Courtois şi Ford, 2013). În plus, unele rezultate ale traumei sunt mai evident existenţiale (Nader, 2006; Shay, 1995; Thompson şi Walsh, 2010). Un veteran de război, o victimă a torturii sau supravieţuitorul unui abuz sexual, de

exemplu, poate termina cu succes tratamentul pentru SPT şi, chiar şi aşa, va suferi din cauza unei pierderi profunde a sensului vieţii, a temerilor legate de moarte, unui sentiment de deconectare spirituală, alienării de ceilalţi sau unei viziuni asupra lumii care nu mai include aşteptări legate de bunătate, corectitudine sau dreptate.

Gama aceasta de răspunsuri la traumă nu a fost întâmpinată, din păcate, cu o paletă echivalentă de intervenţii eficiente. Chiar dacă, de exemplu, terapia

cognitiv-comportamentală (TCC) s-a dovedit a fi eficientă în tratarea STP (Cahill, Rothbaum, Resick şi Follette, 2009; Hembree şi Foa, 2003), o minoritate substanţială de clienţi nu resimte îmbunătăţiri semnificative în urma tratamentului care foloseşte abordarea aceasta (Kar, 2011; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick şi Gray, 2008). În mod similar, efecte mai complexe ale traumei pot fi rezistente la intervenţiile psihologice tradiţionale (Courtois şi Ford, 2013), iar aspectele existenţiale ale experienţei adverse sunt vizate rareori de tratamentele bazate pe dovezi empirice.

Din fericire, cele mai recente cercetări şi practica clinică indică faptul că ar putea exista căi suplimentare pentru soluționarea simptomelor și suferinței psihologice, inclusiv cele asociate traumei. Una dintre cele mai studiate este mindfulness-ul. Posibilitatea ca o practică spirituală veche de 2500 de ani să poată ajuta

la tratarea traumelor din prezent este interesantă, mai ales dacă metodologia nu se rezumă la a replica modul de acțiune al tratamentelor existente, ci funcționează în moduri diferite și oferă beneficii suplimentare. Înainte de a lua totuși în considerare abordarea aceasta, e important să examinăm antiteza sa — care se dovedește a fi unul dintre cele mai problematice aspecte al tulburării posttraumatice.

Evitarea și paradoxul durerii

Atunci când se confruntă cu o durere emoțională, oamenii reacționează în general prin evitare — se retrag din mediu, se amorțesc sau își distrag atenția, astfel încât să nu fie copleșiți de suferință. De fapt, răspunsurile de evitare cognitivă, comportamentală și emoțională sunt indicii ale STP (Asociația Americană de Psihiatrie, 2013). Și totuși, se dovedește că astfel de activități ar putea prelungi, dacă nu chiar intensifica, suferința psihologică. De exemplu, supraviețuitorii traumelor care apelează la droguri sau alcool disociază, externalizează sau se angajează în negarea sau reprimarea gândurilor și sindroamelor deranjante (de exemplu, Briere, Scott și Weathers, 2005; Cioffi și Holloway, 1993; Gold și Wegner, 1995; Morina, 2007; Pietrzak, Goldstein, Southwick și Grant, 2011), aparent pentru că materialul evitat nu poate fi procesat și rezolvat. După cum observă un profesor Zen și

psiholog, mai general spus: „Ce nu putem cuprinde nu putem procesa. Ce nu putem procesa nu putem transforma. Ce nu putem transforma ne bântuie" (Bobrow, 2007, p. 16).

Tendința aceasta de a ne angaja fără chibzuială în comportamente care susțin durerea, în timp ce, de fapt, încercăm să evităm stările interioare dureroase sau supărătoare, poate fi numită *paradoxul durerii* (Briere și Scott, 2012). În încercarea de a remedia tulburarea și suferința, am putea ajunge să facem lucruri care chiar amplifică în loc să scadă gândurile și sentimentele nedorite și chiar le pot croniciza.

Există numeroase motive pentru care oamenii evită stimulii neplăcuți/dureroși. Unii o fac pentru că sunt copleșiți de intensitatea traumei pe care o trăiesc, care le poate depăși nivelul de toleranță psihologică sau neurobiologică a tulburării (Briere, 2002). În astfel de situații, supraviețuitorul traumei este motivat să evite gândurile sau sentimentele posttraumatice, pentru a păstra echilibrul intern. De exemplu, o persoană fără adăpost sau care e prinsă fără scăpare în practica prostituției poate face abuz de alcool sau heroină sau poate disocia ca o modalitate de a amorți durerea emoțională copleșitoare. O altă persoană poate folosi negarea sau reprimarea gândurilor în încercarea de a reduce anxietatea asociată conștientizării gândurilor sau amintirilor care îi produc teamă.

Alte aspecte ale evitării par să aibă o etiologie culturală, reflectând socializarea pentru a face față durerii emoționale și stărilor inconfortabile, prin intermediul unor comportamente care distrag, reprimă sau amorțesc. De exemplu, oamenilor din societatea nord-americană, a căror durere sau suferință se întinde peste limitele unei perioade de timp arbitrare, li s-ar putea spune de către cei din jur să „treacă peste asta“, să „lase în urmă trecutul” sau să „meargă mai departe". Reclamele din mass media promovează deseori medicamentele contra durerii sau alte medicamente pentru remedierea unui simplu disconfort și încurajează achiziționarea de obiecte ca modalitate de a ne simți mai bine sau de a viza neajunsurile sau insatisfacția autopercepute. În ciuda concluziilor psihologiei occidentale (și, după cum vom vedea, ale celei budiste), mesajul social e deseori acela că durerea, chinul și insatisfacția sunt ceva rău, care ar trebui eliminat, tratat cu medicamente sau evitat în alt mod. Sugestia e că, odată ce iei măsuri pentru a nu te mai simți rău, prin

definiţie te vei simţi bine.

Şi totuşi, lucrurile stau adesea exact invers. În general, cei care sunt capabili să simtă nemijlocit chinul — fie prin ceea ce numim *mindfulness*, fie ca răspuns la psihoterapie, prin expunere terapeutică sau prin alte modalităţi de a accesa şi de a „sta cu" amintirea traumatică — au şanse mai mari de a se chinui mai puţin, cu timpul (Foa, Huppert şi Cahill, 2006; Hayes, Strosahl şi Wilson, 2011; Kimbrough,

Magyari, Langenberg, Chesney şi Berman, 2010; Thompson şi Waltz, 2007). Diferite modele teoretice sugerează că abordarea directă a durerii psihologice care nu e copleşitoare permite psihicului să se desensibilizeze şi să facă loc cognitiv materialului traumatic sau deranjant, până când nu mai e necesar să intervină în conştiinţă (Briere, 2002; Horowitz, 1978; Rothbaum şi Davis, 2003).

Astfel, paradoxul durerii înseamnă, în ultimă instanţă, că, atunci când suferim, în măsura în care e posibil, ar trebui să avem în vedere să facem exact opusul a ceea ce noi sau societatea am putea dori să facem. Să simţim direct stări dureroase şi/sau să avem gânduri dureroase şi să evităm, într-un sens, evitarea. După cum vom vedea, noţiunea zen de „a invita teama la ceai" este esenţială pentru abordarea budistă şi pentru unele abordări vestice ale tratamentului traumei. În măsura în care supravieţuitorul traumei poate învăţa să aplice atenţia totală şi concentrată produselor conştiinţei, indiferent de valenţa lor emoţională, acesta pare a se angaja în opusul diametral al evitării psihologice. În psihologia budistă, activitatea aceasta se numeşte *mindfulness.*

Mindfulness

Mindfulness-ul se poate defini ca o capacitate învăţată de a menţine

conştientizarea în permanenţă şi de a fi deschis la experienţa curentă, inclusiv la fenomenele mentale şi la aspectele frapante ale lumii exterioare, fără judecată şi cu acceptare (vezi Capitolul 1). Se crede că abilitatea de a fi în momentul prezent şi de a se privi pe sine însuşi, propria experienţă internă şi pe ceilalţi fără a judeca — la polul opus faţă de a fi preocupat de aspectele negative ale trecutului sau a-şi face griji în privinţa viitorului — reduce semnificativ suferinţa psihologică (Kabat-Zinn, 2003).

Din ce în ce mai mulţi terapeuţi clinicieni au integrat mindfulness-ul în terapiile lor, atât cognitiv-comportamentală (de exemplu, Hayes, Strosahl et al., 2011; Segal et al., 2002), cât şi psihodinamică (de exemplu, Bobrow, 2010; Epstein, 2008). De fapt, chiar şi atunci când mindfulness-ul nu se foloseşte în mod specific, e probabil ca alte aspecte ale psihologiei sau practicii budiste (de exemplu, compasiunea, conştientizarea metacognitivă şi aprecierea originării dependente, descrisă ulterior în capitolul acesta) să fie utile în activitatea cu oamenii traumatizaţi (Briere, 2012a; Germer şi Siegel, 2012; Gilbert, 2009a).

Cercetări cu privire la mindfulness

În ultimele decenii au fost dezvoltate o serie de intervenţii diferite bazate pe

mindfulness. Printre acestea se numără terapia acceptării şi angajamentului (TAA; Hayes, Strosahl et al., 2011), terapia comportamental-dialectică (TCD; Linehan, 1993a), terapia cognitivă bazată pe mindfulness (TCBM; Segal et al., 2002), prevenirea recăderii bazată pe mindfulness (PRBM; Bowen, Chawla şi Marlatt, 2011; Marlatt şi Gordon, 1985) şi reducerea stresului bazată pe mindfulness (RSBM, Kabat-Zinn, 1982). Una sau mai multe dintre aceste intervenţii s-au dovedit a reduce semnificativ o gamă largă de simptome potenţial asociate traumei şi tulburărilor, printre care anxietatea, panica, depresia, abuzul de substanţe, tulburările alimentare, tendinţele suicidare, comportamentul de autovătămare, respectul de sine redus, agresivitatea, durerea cronică şi tulburarea de personalitate borderline (vezi analizele lui Baer, 2003; Coehlo, Canter şi Ernst, 2007; Grossman et al., 2004; Hofmann et al., 2010; Lynch, Trost, Salsman şi Linehan, 2007 şi Capitolul 1).

E surprinzător că există destul de puţine studii empirice cu privire la intervenţiile ce includ mindfulness-ul pentru supravieţuitorii traumelor per se, iar STP nu este în centrul atenţiei, în ciuda discuţiilor teoretice considerabile din literatura de specialitate (de exemplu, Follette, Palm şi Hall, 2004; Follette şi Vijay, 2009; Germer, 2005b; Orsillo şi Batten, 2005; Vujanovic, Niles, Pietrefesa, Schmertz şi Potter, 2011; Wagner şi Linehan, 2006; Walser şi Westrup, 2007). Lucrurile încep totuşi să se schimbe, dat fiind că au fost dezvoltate mai multe intervenţii ce includ

mindfulness-ul, pentru supraviețuitorii abuzului din copilărie (de exemplu, Kimbrough et al., 2010; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst și Bohus, 2011), iar meditația s-a dovedit a reduce stresul posttraumatic în cazul veteranilor de război (Rosenthal, Grosswald, Ross și Rosenthal, 2011). Apropo de asta, site-ul Centrului Național pentru STP din cadrul Departamentului SUA pentru Veterani notează că „rezultatele cercetărilor indică faptul că mindfulness-ul poate fi de ajutor în cazul problemelor și simptomelor pe care le resimt deseori supraviețuitorii. Mindfulness-ul se poate folosi ca atare sau alături de tratamente standard care și-au demonstrat eficacitatea pentru STP" (www.ptsd.va.gov/public/pages/mindful-ptsd.asp).

Intervenția

Prin combinarea cercetărilor privind mindfulness-ul, psihologia budistă și perspectivele moderne asupra stresului traumatic și evitării, ar putea fi posibil să se construiască un hibrid din viziunile și tehnologiile acestea, care poate fi util pentru tratarea oamenilor traumatizați. Și psihologia budistă, și cea occidentală recunosc că durerea, boala și moartea sunt inevitabile, dar sunt de acord și că (1) variabilele cognitive (de exemplu, nevoia excesivă de control, așteptările nerealiste sau atribuirile negative) ar putea amplifica efectele traumei; (2) evitarea chinului poate

prelungi și chiar intensifica suferința psihologică, în vreme ce (3) o conștientizare mai puternică susține procesarea și integrarea și (4) un mai bun insight asupra fundamentelor reacțiilor subiective/distorsionate la greutăți ar putea reduce acele reacții (Briere și Scott, 2012).

Cele mai multe dintre tratamentele psihologice existente pentru dificultățile asociate traumei se bazează, într-o oarecare măsură, pe noțiunea de tulburare și de tratament al tulburării. Însă ar mai putea exista și alte căi spre o stare de bine după o experiență dură — cele care oferă nu doar o ușurare a durerii psihologice, ci și cresc nivelul de conștientizare și acceptare al supraviețuitorului privind experiența sa și îi ușurează înțelegerea anumitor realități ale vieții și existenței. În măsura în care putem accesa astfel de abordări, am putea face mai mult decât să sprijinim „recuperarea" în urma evenimentelor traumatizante — adică, doar revenirea la starea generală de dinaintea producerii traumei — cu relativ puțină atenție acordată factorilor

contributivi și dispozițiilor care ar fi putut fi deja acolo. O abordare mai largă sugerează, în plus, obiective de dezvoltare, conștientizare și capacitate — a merge, în unele feluri, mai departe de supraviețuire.

Pregătirea pentru mindfulness

Chiar dacă s-a dovedit că intervenţiile bazate pe mindfulness enumerate în capitolul acesta sunt utile în cazul simptomelor şi problemelor asociate traumei, ele au o limitare importantă: cu excepţia TAA şi, într-o oarecare măsură, a TCD, ele nu sunt realizate în contextul psihoterapiei individuale, aceasta fiind o modalitate de lucru cu numeroşi supraviețuitori greu încercaţi ai traumelor (Pearlman şi Courtois, 2005). Intervenţiile cu mindfulness fundamentate empiric se produc, de regulă, în cadrul grupurilor şi tind să nu fie orientate clinic, concentrându-se mai mult asupra dezvoltării de abilităţi (de exemplu, mindfulness şi capacitatea de a medita) decât asupra simptomelor psihologice individuale per se (Baer, 2003). E întru totul potrivit; grupurile de dezvoltare a abilităţilor, ca RSBM şi TCBM, pot fi ajutoare foarte utile pentru persoanele traumatizate.

În acelaşi timp, e improbabil ca unei persoane care suferă de pe urma unei combinaţii a acestor situaţii şi probleme descrise în capitolul de faţă să i se abordeze majoritatea nevoilor clinice în cadrul unui grup bazat pe mindfulness sau doar pe baza practicării meditaţiei. Poate cel mai important, aşa cum indică literatura de specialitate cu privire la rezultatul tratamentului, descrisă ulterior în cadrul acestui capitol, relaţia terapeutică şi atenţia acordată, pozitivă, a terapeutului faţă de client servesc unor funcţii importante în terapia traumei, care nu pot fi reproduse în contextul unei intervenţii de grup care vizează abilităţile. În cele din

urmă, dat fiind că, deseori, mindfulness-ul se învaţă cel mai bine prin intermediul meditaţiei, care poate fi contraindicată pentru o minoritate de supraviețuitori ai traumelor, trebuie avut în vedere impactul posibil al istoricului de traumă al clientului şi trebuie monitorizat individual, pentru ca supraviețuitorul să nu fie afectat.

În acest context, Catherine Scott şi cu mine (Briere şi Scott, 2012) sugerăm o abordare hibridă, evidenţiată în cele ce urmează.

• *Fă o verificare sumară a adecvării pregătirii pentru meditaţia formală*. Experienţa sugerează că unii clienţi supuşi gândurilor intruzive, flash-urilor de memorie, ruminaţiilor sau amintirilor despre traumă uşor de declanşat au un risc mai mare de a avea o stare de suferinţă când meditează (Shapiro, 1992; Williams şi Swales, 2004; vezi şi Capitolul 7), probabil fiindcă meditaţia şi mindfulness-ul reduc evitarea experienţială şi oferă o mai mare expunere la experienţa interioară, inclusiv la amintiri şi stări emoţionale dureroase (Baer, 2003; Hayes, Strosahl et al., 2011; Treanor, 2011). În plus, unii supravieţuitori ai traumelor suferă de o reglare redusă a afectului/capacităţi reduse de tolerare (Briere, Hodges şi Godbout, 2010; van der Kolk et al., 1996), însemnând că au şanse mai mari de a fi copleşiţi de materialul senzorial şi emoţional care poate ieşi la iveală în timpul meditaţiei. Mai evident, cei care se confruntă cu psihoze, depresie severă sau cu o tulburare disociativă,

manie, dependenţă de substanţe, gânduri suicidare sau cu o înclinaţie spre anxietatea indusă prin relaxare (Braith, McCullough şi Bush, 1998) ar trebui să evite, în general, pregătirea pentru mindfulness bazată pe meditaţie până când simptomele sau stările respective sunt rezolvate sau ameliorate.

Date fiind temerile acestea, recomandăm ca persoanele care iau în calcul practicarea meditaţiei formale în contextul stresului traumatic să fie evaluate înainte pentru eventuale contraindicaţii. În cele mai multe cazuri, nu va exista niciun impediment psihologic în calea pregătirii pentru meditaţie/mindfulness şi beneficiile astfel obţinute ar putea fi multiple. Pentru restul cazurilor, nu se pune problema ca persoana nici măcar să nu încerce meditaţia, ci ca aceasta să fie încercată atunci când persoana e stabilă şi mai puţin debilitată.

De asemenea, e posibil — deşi nu a fost evaluat empiric până în prezent — ca unele forme de activitate contemplativă să activeze mai puţin supravieţuitorii traumelor decât o face antrenarea formală pentru mindfulness; de exemplu, meditaţia cu bunătate iubitoare (Salzberg, 1995) sau yoga (Yoga for Anxiety and Depression — Yoga pentru anxietate şi depresie, 2009). Din acest motiv, unii supravieţuitori ai traumelor ar putea alege să înceapă cu o astfel de practică înainte sau în loc de pregătirea clasică pentru mindfulness.

• *Trimiterea celor care au fost verificaţi sumar la un grup de pregătire pentru*

mindfulness sau un centru calificat de pregătire pentru meditaţie. Recomandarea aceasta ar putea fi pusă la îndoială de unii dintre cei care au calificare şi în psihoterapie, şi în mindfulness. Şi totuşi, pregătirea susţinută pentru mindfulness din timpul şedinţelor de psihoterapie poate fi relativ ineficientă într-un caz obişnuit; dezvoltarea unor asemenea abilităţi necesită o investiţie semnificativă de timp, reducând astfel disponibilitatea unor intervenţii concentrate asupra traumei, mai necesare. De asemenea, profesorii calificaţi de meditaţie şi-au dedicat, în general, ani de formare şi de experienţă dobândirii abilităţilor de meditaţie şi de mindfulness, precum şi cunoaşterii modului în care acestea pot fi predate altora — experienţă care ar putea să nu fie la dispoziţia unui terapeut clinician obişnuit, indiferent de propria practică de mindfulness.

Şi totuşi, în unele cazuri, terapeutul clinician ar putea avea suficientă experienţă încât să poată preda mindfulness şi derula în paralel terapia (de exemplu, vezi Brach [2002b]; Siegel [în curs de apariţie la data ediţiei în limba engleză]). Chiar şi când aşa stau lucrurile, terapeutul ar trebui să analizeze atent de ce are cea mai mare nevoie clientul traumatizat la un anumit moment din timpul tratamentului. De exemplu, oare pregătirea pentru meditaţie este cea mai bună alternativă la un moment dat sau clientul are nevoie imediat de un antrenament

suplimentar pentru reglarea afectului, intervenţii cognitive sau o expunere terapeutică titrată? Desigur, nu e vorba de un scenariu atotcuprinzător de fiecare dată. Un terapeut clinician cu experienţă ar putea introduce instruirea elementară pentru meditaţie sau exerciţii de mindfulness, fără a petrece, poate, un timp nemăsurat făcând asta şi/sau poate răspunde întrebărilor clientului sau interacţiunilor folosind un stil terapeutic inspirat dintr-o perspectivă mindfulness (vezi Capitolul 1), fără a preda neapărat mindfulness în mod direct.

Chiar dacă terapeutul clinician nu este principalul profesor de meditaţie al clientului, experienţa sa personală în domeniul meditaţiei şi mindfulness-ului este totuşi importantă. Când clientul participă simultan la terapie şi la pregătire pentru mindfulness, terapeutul cu experienţă în meditaţie poate monitoriza şi inspira procesul, ajutându-şi clientul să înţeleagă şi să integreze ce învaţă şi ce simte în ambele domenii, continuând, în acest timp, să

evalueze adecvarea practicii formale sau informale de-a lungul timpului.

În general, candidaţilor pentru pregătirea în domeniul mindfulness-ului trebuie să li se ofere o descriere a abordării acesteia şi informaţii privind relevanţa sa potenţială pentru problemele sau simptomele asociate traumei. La finalul acestui capitol este inclusă o scurtă *Notă pentru clientul supravieţuitor al unei traume*, care poate fi dată acelor clienţi pentru care antrenamentul pentru mindfulness este

potrivit.

• *Pe măsură ce clientul dobândeşte abilităţi de meditaţie şi mindfulness, aceste capacităţi pot fi solicitate în timpul psihoterapiei concentrate asupra traumei*. Acest aspect al tratamentului poate include, ca un minimum, următoarele:

Folosirea abilităţilor de calmare învăţate prin meditaţie. Clientul capabil să îşi reducă nivelul de anxietate sau hiperexcitaţia prin intermediul practicilor mindfulness — de exemplu, fiind atent la propria respiraţie şi fiind în contact aici şi acum — îşi poate folosi aceste abilităţi pentru a-şi reduce distresul atunci când se confruntă cu amintiri dureroase sau cu declanşatori ai unor emoţii deranjante. La fel, abilităţile mindfulness care presupun capacitatea de „a renunţa la" conţinutul mental intruziv sau persistent pot fi de folos clientului înclinat spre stări cognitiv-emoţionale negative susţinute (Segal et al., 2002). Aşa cum vom observa mai jos în cazul conştientizării metacognitive, abilităţile de liniştire reprezintă o formă de reglare a afectului şi pot fi deosebit de utile pentru cei care se lasă uşor copleşiţi de anxietate, depresie sau furie (de exemplu, Linehan, 1993a).

Expunerea terapeutică. Numeroşi autori (de exemplu, Baer, 2003; Germer, 2005b; Kabat-Zinn, 2003; Treanor, 2011) observă că reducerea evitării asociată cu mindfulness poate expune individul la amintiri încărcate de emoţie, în contextul unei stări relativ calme şi la o perspectivă cognitivă mai puţin implicată, care nu judecă — proces care, probabil, va desensibiliza şi va contracondiţiona un astfel de material, scăzându-i puterea de a produce tulburare (Briere, 2012a). În cadrul şedinţei de terapie, procesul acesta poate fi abordat cerându-i-se clientului să îşi amintească evenimente traumatice şi să simtă emoţiile asociate, angajând concomitent o perspectivă cu

mindfulness cât de mult se poate (Briere şi Scott, 2012)[19]. În măsura în care clientul poate trăi amintirile traumatizante judecându-le mai puţin şi cu mai multă acceptare, scad şansele ca efectele acestora să fie exacerbate sau amplificate prin catastrofizare, ruşine sau cogniţii asociate vinovăţiei, reducându-li-se astfel impactul emoţional. La rândul lor, amintirile mai puţin deranjante necesită mai puţină evitare şi cresc astfel expunerea şi procesarea psihologică.

Conştientizarea metacognitivă. În timpul terapiei, clientul poate fi invitat să se gândească la propriile gânduri şi percepţii asociate traumei dintr-o perspectivă metacognitivă (Segal et al., 2002), privindu-le ca fiind „doar"

amintiri sau produse ale minţii care nu sunt neapărat reale în contextul curent. De exemplu, clientul poate utiliza o perspectivă metacognitivă când are parte de amintiri sau când e cuprins de cogniţii deosebit de ruşinoase, privindu-le ca pe nişte simple fenomene tranzitorii, asociate traumei. Capacitatea aceasta de a observa propriile gânduri — fără a se identifica în mod necesar cu ele — creşte capacitatea clientului de reglare a afectului. De exemplu, când acesta îşi reinterpretează cogniţiile intruzive ca simple fenomene istorice arhivate în minte, ar putea avea mai puţine motive să fie speriat sau supărat. Când supravieţuitorul ajunge să vadă gândurile şi amintirile declanşate ca pe nişte „casete vechi“ sau „doar ca pe trauma care vorbeşte”, strategii de evitare ca autovătămarea, abuzul de substanţe sau agresiunea pot deveni mai puţin necesare (Briere şi Lanktree, 2011).

Surfing-ul printre porniri este o altă formă de conştientizare metacognitivă care se găseşte în PRBM (Bowen et al., 2011; Marlatt şi Gordon, 1985). În cadrul acestei abordări, clientul învaţă să aplice abilităţile de mindfulness în cazul unor dorinţe sau porniri bruşte, deseori asociate traumei, de a face abuz de substanţe sau de a se angaja în activităţi de reducere a tensiunii. Supravieţuitorul este încurajat să privească nevoia de a se angaja în astfel

de comportamente ca fiind similară cu a călări un val: nevoia e mică la debut, creşte, atinge apogeul (deseori, în decurs de câteva minute) şi apoi dispare. În cazul în care clientul poate resimţi sentimentele declanşate ca fiind intruziuni temporare ale istoriei, care pot fi călărite ca o placă de surf — fără a lupta împotriva lor şi fără a le da curs —, ar putea evita comportamentul problematic, fie că e vorba despre a bea ceva, a recurge la mâncat compulsiv

și purgare sau a se automutila.

Sprijinirea insight-ului experiențial

Nu doar literatura științifică despre mindfulness sugerează un posibil rol pentru psihologia budistă în tratamentul modern al traumei. De folos poate fi, de asemenea, ceea ce budiștii numesc *înțelepciune* (Germer și Siegel, 2012) sau, dintr-o perspectivă seculară, *insight-ul experiențial*. Perspectivele experiențiale nu sunt întotdeauna ușor de inclus într-o discuție destinată terapeuților clinicieni cu pregătire academică. Din motivul acesta, îi cer cititorului permisiunea de a schimba registrul în punctul acesta: să ia în considerare ceea ce budiștii numesc *dharma*, un concept mai mult filosofic decât empiric, cel puțin din perspectiva occidentală.

Când Buddha a descris pentru prima dată „Cele Patru Adevăruri Nobile"

(Anandajoti, 2010; vezi și Anexa), a oferit câteva postulate organizatoare. Una dintre ele afirma că viața include inevitabil durere, pierdere și traume, pentru că se întâmplă lucruri rele, pentru că oamenii pe care îi iubim mor și noi suntem deopotrivă fragili și muritori. Chinurile acestea inevitabile erau vizibile mai ales în vremea lui Buddha, când bolile erau intense, războaiele și violența erau foarte des întâlnite, sărăcia era un dat pentru marea majoritate — numeroși oameni fiind oprimați de un sistem inflexibil de caste —, iar oamenii, în general, nu trăiau foarte mult.

Al doilea postulat a fost că durerea și deprivarea nu sunt neapărat principalele motive pentru care suferă oamenii; în schimb, suferința poate apărea când un set de evenimente adverse contestă investiția persoanei în lucruri care nu pot dura sau care nu au fost niciodată adevărate, iar noi răspundem prin opoziție, deși acceptarea ne-ar ajuta mai mult. Buddha nu a negat că durerea sau pierderea sunt dureroase, ci a afirmat că stări susținute, cum ar fi anxietatea, depresia, furia, frustrarea, obsesia sau gelozia au deseori la bază ceva mai mult decât durerea. A susținut că suferința apare atunci când așteptările incorecte ale oamenilor și investițiile emoționale îi împiedică să accepte natura efemeră și mereu schimbătoare a lucrurilor. De exemplu, chiar dacă un atac de cord poate presupune o durere puternică, poate contesta puternic convingerile și așteptările false legate de nemurirea personală și — poate mai

târziu, în timpul recuperării — presupunerile privind autonomia,

securitatea financiară, traiectoria vieții și noțiunea de viață fără durere sau boală. Aceste ultime provocări și lupta cu ele pot fi cel puțin la fel de nimicitoare ca durerea și teroarea asociate unei inimi rănite fizic.

Astfel, există, în general, două surse de tulburare asociate cu orice experiență traumatică dată: (1) evenimentul în sine și durerea pe care acesta o produce (inclusiv stresul posttraumatic) și (2) suferința asociată cu tentativele de a menține modelele anterioare pentru sine, ceilalți și baza pentru fericire, în fața realității intruzive. În privința aceasta, o învățătură budistă timpurie ne oferă parabola unei persoane în care sunt trase succesiv două săgeți (Bhikkhu, 1997). Prima săgeată este durerea obiectivă, resimțită la contactul cu un eveniment advers sau cu o traumă. A doua săgeată este măsura în care durerea contestă așteptările puternice deținute de multă vreme, nevoile, atașamentele și perspectivele asupra vieții, dând naștere opoziției și conducând la stări mai complexe, pe care Buddha le-a numit *suferință* (vezi și Capitolele 10 și 14).

Distincția dintre durerea imediată asociată traumei și suferința care îi urmează i-a făcut pe unii să sugereze că, în vreme ce prima e inevitabilă, a doua e opțională. Deși e încurajatoare la un anumit nivel, noțiunea aceasta poate sugera că suferința e responsabilitatea propriei persoane — dacă persoana nu ar „alege" să dorească, să iubească, să aibă nevoie sau să posede și nu s-ar opune pierderii

aferente, nu ar exista suferință după aceste evenimente adverse. Și totuși, pare probabil ca noi toți să fim, într-o oarecare măsură, afectați de a doua săgeată — condiția umană ne facem să prețuim mult legăturile noastre cu alții, să ne pese de posesiunile și planurile noastre și să sperăm la bunăstarea noastră și a celor dragi nouă. Povestea lui Buddha despre cea de-a doua săgeată ar putea să ne sfătuiască asupra faptului că dorințele, nevoile și așteptările au un neajuns semnificativ — contribuie la efectele traumei și pierderii — ca să nu mai amintim de suferință în general. Și totuși, pentru cei mai mulți dintre noi, schimbul poate fi unul echitabil. De exemplu, durerea reprezintă o interacțiune între un eveniment advers (de exemplu, moartea subită a cuiva drag) și un proces natural (nevoia de și iubirea noastră intrinsecă pentru anumiți oameni); în acest context, iubirea poate da naștere unei cantități mari

de suferinţă, dar tot ar putea să merite. Chiar şi aşa, psihologia budistă poate ajuta persoana care suferă să îşi proceseze pierderea prin abordarea factorilor celei de-a doua săgeţi (de exemplu, vinovăţia, preocuparea pentru controlul asupra evenimentelor care nu pot fi controlate, nevoia de a rezista conştientizării suferinţei sau neacceptarea caracterului muritor) pentru a rezolva trauma pierderii mai repede şi complet.

Astfel, învăţăturile înţelepte ale psihologiei budiste îi oferă clientului oportunităţi semnificative de a trata direct problemele celei de-a doua săgeţi asociate

traumei sale, inclusiv convingerile inexacte şi aşteptările legate de modul în care funcţionează, de fapt, lumea, precum şi opoziţia faţă de pierderea status quo-ului anterior. În general, procesul acesta are loc atunci când clientul explorează presupunerile de bază despre viaţă, în cadrul discuţiilor cu terapeutul clinician, precum şi în cadrul meditaţiei, în timpul căreia persoana are ocazia de a-şi „privi" gândurile şi sentimentele, când apar, inevitabil, şi dispar. Revizuirea gândurilor şi convingerilor care nu îi sunt de folos este, desigur, posibilă la rândul ei prin intermediul terapiei cognitive clasice. În cazul de faţă, însă, materialul contestat şi potenţial actualizat are o natură mai puternic experienţială. Printre aspectele celei de-a doua săgeţi avute în vedere în acest context se numără ataşamentul, efemeritatea şi originarea dependentă.

În psihologia budistă, *ataşamentul* se poate defini ca nevoia de a se ţine de, de a se baza pe sau de a investi exagerat în lucruri şi oameni care, în final, sunt efemeri. *Efemeritatea* se referă la faptul că toate lucrurile, animate şi neanimate, sunt într-o stare de curgere şi la faptul că niciun lucru sau eveniment nu durează la nesfârşit, nici măcar vieţile noastre. Aşa cum am observat anterior, în budism, nevoia de a ţine de lucrurile care nu durează sau care poate nici nu există este considerată sursă a suferinţei umane. Ca urmare, perspectiva aceasta se opune preocupării pentru posesiuni sau statut social, precum şi pentru idei, presupuneri sau

percepţii rigide despre sine sau despre ceilalţi, dat fiind că aceste lucruri şi idei sunt inevitabil de nesusţinut şi nefiabile, ducând în cele din urmă la criză, pierdere şi nefericire (Bodhi, 2005; vezi şi Capitolul 14).

În măsura în care terapia traumei şi pregătirea pentru mindfulness pot ajuta clientul să acceseze realitatea efemerităţii, se pot întâmpla două lucruri: (1) la început, clientul ar putea simţi o suferinţă asociată cu reducerea credinţei în nemurire sau în fericirea prelungită, şi totuşi, în cele din urmă, (2) va ajunge să accepte realitatea aceasta, astfel încât evenimente nefericite îşi vor pierde unele dintre calităţile asociate, cum ar fi sentimentele de abandon, trădare, dezamăgire zdrobitoare sau pierdere copleşitoare. Deşi observatorii discursului budist comentează deseori pe marginea naturii aparent întunecate a unei perspective atât de preocupate de suferinţa cauzată de lipsa de permanenţă, libertatea din ce în ce mai mare în raport cu convingerile false şi alte „accidente care aşteaptă să se producă" poate conduce către o mai mare stabilitate emoţională şi acceptarea vieţii aşa cum e, precum şi către o mai puternică apreciere a lucrurilor din momentul actual, fie că e vorba de mirosul cafelei proaspăt prăjite, zâmbetul unui copil sau un trandafir. E important de observat că, în multe cazuri, suferinţa provocată de a doua săgeată a supravieţuitorului traumei a avut deja loc: acesta se confruntă în prezent cu haos, pierdere şi criză, şi poate avea de câştigat dacă se deschide în faţa unor insight-uri

existenţialiste, care cresc nivelul de acceptare. De fapt, în cadrul psihologiei budiste, greutăţile sunt privite adesea ca un lucru „bun", măcar în parte, pentru că oferă ocazia de a contesta convingerile greşite şi de a creşte, ca urmare a unei conştientizări şi înţelegeri mai ample (Chödrön, 2002).

Al treilea aspect existenţialist, *originarea dependentă*, susţine că toate lucrurile apar ca urmare a condiţiilor concrete şi cauzelor care le susţin, care, la rândul lor, apar din alte cauze şi condiţii (Bodhi, 2005). Cu alte cuvinte, toate evenimentele se produc ca urmare a unor evenimente anterioare: niciun eveniment nu se produce independent sau izolat. Conceptul de originare dependentă sugerează că atributele de răutate, inadecvare sau chiar patologie a sinelui ar putea să se datoreze cantităţii insuficiente de informaţii: dacă am putea cunoaşte logica unui comportament problematic sau istoricul dureros al unei anumite persoane (sau al nostru), ar fi mai puţin probabil să judecăm sau să acuzăm persoana respectivă sau pe noi înşine (Briere, 2012b).

În acest caz tipic, terapeutul clinician ar putea să îşi încurajeze clientul să îşi exploreze gândurile, sentimentele sau reacţiile asociate cu o traumă şi ar

putea să îi ofere oportunităţi nondirective de a se gândi la „ce-urile" care înconjoară evenimentul: Ce credea clientul despre viaţă înainte de traumă? Ce anume doare cel mai mult acum, după ce trauma în sine a trecut? La ce se opune, care este totuşi real?

Ce s-ar putea întâmpla dacă nu s-ar opune sentimentelor şi gândurilor care vin şi trec? Care a fost prima săgeată? Care e a doua? Când procesul acesta se produce fără presiune din partea psihoterapeutului clinician pentru a alege o versiune în detrimentul alteia, în contextul acceptării şi sprijinului nefortuite, analiza detaliată a clientului ar putea conduce la o tranziţie lentă (1) de la o imagine asupra sinelui ca fiind slab sau patologic la aceea de cineva care nu e „rău" din cauza a ceea ce s-a întâmplat şi ale cărui răspunsuri (atunci şi acum) ar putea fi efectele logice ale traumatizării şi ale aşteptărilor violate, şi (2) în unele cazuri de victimizare interpersonală, din perspectiva unui făptaş intrinsec rău, la aceea a cuiva al cărui comportament a apărut din cauza propriilor predispoziţii şi a istoricului vitreg.

E important de observat că această a doua noţiune nu înseamnă că clientul ar trebui să „ierte" imediat sau neapărat vreodată făptaşul, mai ales în măsura în care a face acest lucru înseamnă că nu are dreptul la sentimente sau gânduri negative (Briere, 2012b). De fapt, aşa cum am observat anterior, presiunea socială sau personală pentru a bloca sau a evita stările interne nedorite, inclusiv furia sau dorinţa de răzbunare, ar putea inhiba procesarea psihologică normală, necesară pentru recuperare. Şi totuşi, e la fel de probabil ca ura susţinută şi resentimentele să fie nocive pentru oameni, în vreme ce a fi mai puţin implicat în astfel de stări poate stimula starea de bine (Dalai Lama şi Goleman, 2003).

Terapeutul care dovedeşte mindfulness

Pe lângă faptul că pot ajuta clientul suferind în urma unei traume să îşi crească nivelul de mindfulness şi să îşi amplifice perspectiva experienţială, capacităţile terapeutului clinician în aceste arii sunt şi ele importante. Un terapeut care îşi poate concentra atenţia asupra clientului într-un mod alert, plin de acceptare şi compasiune, va creşte aproape inevitabil calitatea relaţiei terapeutice (vezi Capitolul 3; Siegel, 2007). O relaţie pozitivă între client şi psihoterapeut pare a fi, la rândul ei, cea mai utilă componentă generală a

tratamentului — depășind deseori efectele intervențiilor terapeutice specifice (Lambert și Barley, 2001; Lambert și Okishi, 1997; Martin, Garske și Davis, 2000). Faptul acesta e cu siguranță valabil pentru supraviețuitorul unei traume care merge la terapie, unde o relație pozitivă poate funcționa atât ca o cerință minimală, cât și ca o intervenție puternică (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda și Chemtob, 2004; Courtois și Ford, 2013).

Dat fiind că mindfulness-ul presupune capacitatea de a acorda o atenție sporită și fără judecată fenomenelor interne și externe, poate ajuta clinicianul să mențină un nivel semnificativ al armonizării cu clientul (vezi Capitolele 3 și 4; Shapiro și Carlson, 2009). În cadrul discuției lor asupra rolului stării de mindfulness a terapeutului în cadrul relației de psihoterapie, Bruce și colegii săi (2010) observă că

„prin practica mindfulness, un psihoterapeut ajunge să cunoască din ce în ce mai bine pacientul și să se împrietenească cu acesta" (p. 83). Nu numai că această *împrietenire* crește capacitatea terapeutului de a înțelege experiența care se desfășoară, ci poate și ajuta clientul să proceseze schema interpersonală negativă în contextul atenției afectuoase.

Când clientul resimte permanent armonizarea, mai ales dacă și compasiunea terapeutului clinician este evidentă, clientul poate intra într-o formă de activare relațională, punând în mișcare sistemele psihologic și neurobiologic care încurajează deschiderea și conectarea, reduc așteptările referitoare la pericolul interpersonal (și, deci, tendința de a fi defensiv) și cresc nivelul stării de bine (Gilbert, 2009a; Schore, 1994). Aceste sentimente pozitive, provocate într-un context interpersonal care altfel ar putea declanșa teamă, tind să contracondiționeze distresul relațional, ducând la o probabilitate crescută de încredere și conectare interpersonală (Briere, 2012a).

Mindfulness-ul terapeutului nu îi permite acestuia doar să cultive armonizarea cu clientul și compasiunea față de acesta, ci servește și ca protecție parțială în fața propriei reactivități din timpul psihoterapiei. Prin facilitatea unei mai mari conștientizări a propriilor procese interne, mindfulness-ul ajută terapeutul clinician să înțeleagă mai bine natura subiectivă și multidependentă a propriilor gânduri,

sentimente, amintiri și reacții — o formă de conștientizare metacognitivă

descrisă anterior. Dat fiind că e mai capabil să recunoască anumite răspunsuri emoționale și cognitive ale clientului ca fenomene potențial declanșate — și nu care apar doar din prezentarea clinică actuală a clientului — psihoterapeutul clinician poate să le încadreze corespunzător înainte ca acestea să se transforme în comportamente contratransferențiale semnificative sau, poate, traumatizări indirecte.

În capitolul acesta am trecut în revistă cercetări care indică faptul că mindfulness-ul poate fi benefic pentru oamenii care suferă de pe urma unei serii de probleme, simptome și tulburări, multe dintre ele fiind asociate cu expunerea la evenimente adverse. Pe baza acestor observații, chiar și în lipsa unui volum mare de cercetări echivalente cu privire la STP, antrenamentul pentru mindfulness pare a fi un adjuvant util în tratarea oamenilor care au fost traumatizați — măcar a unora dintre ei. De asemenea, am avut în vedere modalități în care mindfulness-ul ar putea merge în paralel sau reflecta procese care sunt bine definite în terapia modernă a traumei. Printre ele se numără noțiunea că atenția acordată stărilor interne dureroase este o formă de expunere terapeutică, aceea că acceptarea generată de mindfulness și conștientizarea metacognitivă pot fi considerate forme de terapie cognitivă și aceea că mindfulness-ul practicat de terapeutul clinician crește nivelul de armonizare empatică și compasiune și protejează împotriva contratransferului,

în mare măsură în felul descris de Rogers (1957), Freud (2010d) și alții.

În alte privințe totuși, mindfulness-ul și alte aspecte ale psihologiei budiste implică fenomene care nu sunt estimate corespunzător de terapiile moderne. Mai mult decât alte abordări, mindfulness-ul subliniază cât de valoros e să acorzi atenție în mod regulat și permanent conștiinței și produselor conștiinței, obținute deseori printr-o metodologie (meditație) care necesită pregătire specială și abilități de autoobservare. Un efect secundar al unei astfel de practici regulate poate fi dezvoltarea înțelepciunii sau insight-ului experiențial, care implică o înțelegere mai clară a naturii efemere și interconectate a tuturor lucrurilor, oamenilor și evenimentelor. Deși e uneori deconcertantă la o primă evaluare, perspectiva aceasta poate duce la rezultate pozitive, inclusiv calm, inteligență emoțională și compasiune pentru sine și pentru ceilalți. Astfel, aplicarea psihologiei budiste în cazul necazurilor

occidentale reprezintă mai mult decât psihotehnologie; ea servește și ca o încurajare de a te alătura unui mod de gândire și de a fi util clienților, terapeuților și altora dispuși să se angajeze în acest proces.

NOTĂ PENTRU CLIENTUL SUPRAVIEȚUITOR AL UNEI TRAUME

La fel ca mulți oameni, dacă citești rândurile acestea, ai trecut în viață printr-o

experiență care te-a rănit într-un mod semnificativ. Fie că a fost vorba despre un accident, o pierdere majoră sau ceva ce ți s-a făcut intenționat, acest lucru poate aduce cu sine multă suferință. Din fericire, ai apelat la terapie; nu toată lumea o face.

Probabil că ai auzit de meditație. Poate ai încercat-o. De obicei, presupune să îți îndrepți atenția către interior, dându-ți voie să te privești fără să te judeci. Uneori, o modalitate bună de a o face e să îți observi respirația și să stai alături de ea, simțindu-te cum inspiri și expiri, lăsându-te să încetinești, lăsându-ți gândurile să vină și să treacă fără a le eticheta ca fiind bune sau rele. Poți învăța cum să faci asta la cursurile de meditație.

Meditația te poate învăța să te liniștești, să reacționezi mai puțin și să te gândești la tine cu mai multă blândețe. De asemenea, te poate ajuta să dezvolți mindfulness-ul — capacitatea de a rămâne mai mult în aici și acum, să fii mai puțin afectat de trecut și să îți faci mai puține griji în privința viitorului. Un volum important de cercetări și experiență sugerează că abilitățile de mindfulness pot fi de folos pentru tratarea efectelor traumei. Ai putea să îți întrebi terapeutul despre subiect sau ai putea căuta pe Google „traumă și mindfulness" pentru a afla mai multe.

---

[19] Deși procesarea intenționată a traumei și păstrarea simultană a mindfulness-ului ar putea fi demersuri cumva contrare (Semple, comunicare personală, 3 noiembrie 2011), inducerea unor stări similare mindfulness (inclusiv aceea de a fi un participant-observator, fără a judeca, la propriile experiențe interne) în timpul procesării amintirii este posibilă în multe cazuri și pare a fi utilă pentru a reduce puterea emoțiilor activate asociate traumei.

CAPITOLUL 12

Ruperea cercului dependenței

Judson A. Brewer

La fel ca un copac care, deși tăiat, poate crește iar și iar, dacă rădăcinile nu sunt afectate și sunt puternice, în același fel, dacă rădăcinile poftei nu sunt smulse cu totul, tristețea va veni iar și iar.

BUDDHA (Dhammapada, în Bhikkhu, 2012d)

Dependențele se numără printre cele mai distrugătoare dintre afecțiunile omenești, având un impact negativ semnificativ asupra sănătății mentale, fizice și economice a indivizilor, familiilor și comunităților acestora. De exemplu, fumatul este principala cauză de morbiditate și mortalitate care poate fi prevenită în Statele Unite, iar alcoolismul poate costa până la 6% din produsul intern brut al unei țări (în SUA, suma ajunge la 2 dolari ori de câte ori cineva bea un pahar). Dar de ce e atât de mare prevalența dependențelor? De ce nu pot indivizii, care deseori văd clar răul pe care și-l fac singuri și altora, să stingă țigara aia sau să lase sticla din mână?

Ce-i prinde și-i ține „legați" și cum putem noi, ca terapeuți, să îi ajutăm să se desprindă de dependențele lor?

Se naște o dependență

Înainte de a ne putea ajuta pacienții să se ajute singuri, și ei, și noi trebuie să înțelegem elementele fundamentale ale procesului dependenței. În lipsa acestei înțelegeri elementare, s-ar putea chiar să o perpetuăm, fără să ne dăm seama. Cum încep dependențele? Deseori, debutează cu o simplă asociere a unui drog sau comportament cu o stare afectivă. De exemplu, o fată se duce la o petrecere și bea prima băutură. Când bea, poate observă că are sentimentul că „se încadrează“, primește un „impuls” de la alcool și e mai puțin timidă și stânjenită și se simte mai confortabil în preajma altor oameni. Tocmai și-a format o amintire asociativă, făcând o pereche din sentimentul sporit de bine și sentimentele neplăcute reduse atunci când consumă alcool. Data viitoare când e la o petrecere, probabil își va aminti ce s-a întâmplat

ultima dată: „Oh, data trecută am băut ceva și m-am simțit mult mai bine". Așa că repetă procesul, bând din nou ceva, întărind astfel amintirea asociativă pe care și-o crease anterior. Așa arată, pe scurt, întărirea pozitivă și negativă. În esență, întărirea pozitivă înseamnă adăugarea unui stimul apetitiv pentru a

stimula un anumit comportament sau răspuns, iar întărirea negativă se referă la îndepărtarea unui stimul aversiv, pentru a stimula un anumit răspuns (de exemplu, cineva bea când e emoționat, iar emoția dispare). E important că, la fiecare repetare și întărire a acestui proces de învățare asociativă, crește nivelul de automatizare, până când fata merge direct la băutură la o petrecere, fără să se mai gândească. Cu timpul, trebuie să consume din ce în ce mai mult alcool pentru a obține efectul dorit, pentru că dezvoltă o toleranță fizică la alcool. În cele din urmă, ar putea ajunge să consume atât de mult alcool, încât să înceapă să își piardă cunoștința, să aibă mahmureli debilitante și așa mai departe. Deja, în alte condiții dificile, probabil se trezește gândindu-se: „Sunt foarte stresată — o bere sau un pahar de vin mi-ar pica foarte bine acum". După ani, se întreabă cum a ajuns să fie dependentă de alcool (vezi Figura 12.1).

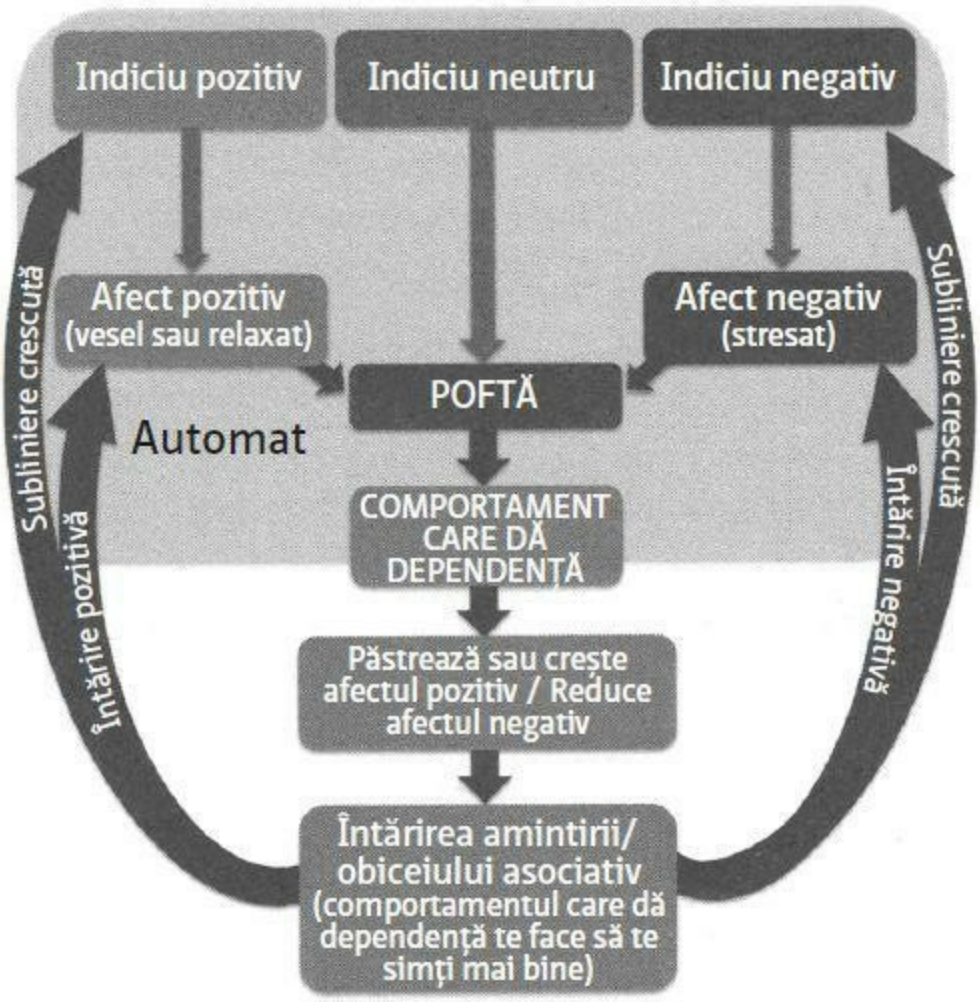


FIGURA 12.1. Cercul dependenței învățării asociative. Fumatul, consumul de alcool sau de droguri se asociază cu afectul pozitiv și negativ prin întărirea pozitivă și negativă. Indiciile care declanșează aceste stări (săgețile gri) duc la poftele induse de indicii, ducând procesul mai departe, care, cu timpul devine automat prin repetiție. Judson A. Brewer 2011.

Acest cerc al dependenței este remarcabil din mai multe motive. În primul rând, fiecare verigă a fost observată atât în cadrul studiilor pe animale, cât și pe oameni, sugerând că procesul este unul primitiv și, prin urmare, adesea rezistent la manipularea cognitivă (Nargeot și Simmers, 2011; Treat, Kruschke, Viken și McFall, 2011). În al doilea rând, se potrivește remarcabil cu învățăturile budiste, din care sunt derivate numeroase practici mindfulness, privind natura stresului și suferinței și cum poate fi ușurată.

A fost Buddha un terapeut pentru dependențe?

Conform învățăturilor budiste antice, în noaptea iluminării sale, Buddha, după ce petrecuse nenumărate ore meditând, stătea sub un copac și se gândea la cauzele și condițiile în care apare suferința. Și-a dat seama că suferința apare din cauza poftei (sau, de fapt, a *setei — tanha* în Pali) și că prin „renunțarea, eliberarea

de și abandonarea acelei pofte" se vindecă suferința (Bhikkhu, 2011a, p. 76). Aceste înțelegeri au devenit nu doar elementele fundamentale ale învățăturilor cunoscute sub numele de Cele Patru Adevăruri Nobile (vezi Anexa), ci și baza pentru înțelegerea naturii cauzale a existenței condiționate (respectiv, că percepția unei experiențe ar putea să nu fie originală pentru experiența respectivă, ci, în schimb, ar putea iniția o reacție precondiționată care are la bază un proces compus dintr-o serie de legături interdependente care au fost conectate anterior prin cauză și efect). Conceptul acesta e cunoscut sub numele de *originare dependentă*. Simplu spus, când intrăm în contact cu anumite indicii din mediu (și aici sunt incluse și gândurile), în funcție de experiențele noastre anterioare și de amintirile pe care le avem despre ele, creierul nostru interpretează aceste indicii ca fiind plăcute, neplăcute sau neutre. Dacă sunt plăcute, vrem să continue; dacă sunt neplăcute, vrem să înceteze. Pofta duce la agățare sau atașare de obiectul, evenimentul sau comportamentul care perpetuează starea plăcută, dând „naștere“ unei identități în jurul obiectului prin crearea unei amintiri. Dacă starea nu poate fi susținută (respectiv, „moartea” stării dorite), ceea ce se întâmplă invariabil, dat fiind că toată existența condiționată e efemeră, pot apărea din nou stresul și suferința. Stresul contribuie la ciclu, ducând la următoarea rundă de poftă, atașament și devenire. Nu e de mirare că acest cerc al originării dependente e denumit *rătăcire nesfârșită* (*samsara* în

sanscrită), dat fiind că nu pare a exista o modalitate clară de scăpare, odată ce ai fost prins în el (vezi Figura 12.2).

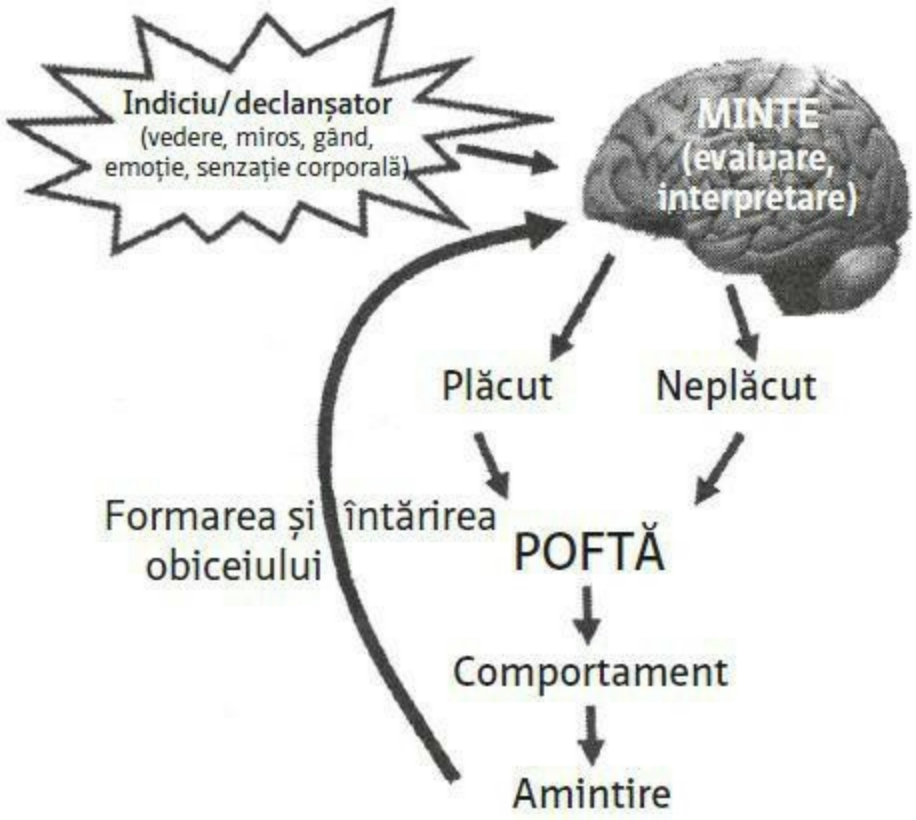


FIGURA 12.2. Modele timpurii de dependenţă: originarea dependentă. După Brewer,

Bowen şi Chawla (2010).

De exemplu, dacă Joe fumează câteva ţigări cu prietenii lui pentru că spun că e ceva interesant, el învaţă să asocieze fumatul ţigărilor cu a fi interesant. Cu timpul, fumatul doar pentru a fi interesant se transformă într-o dependenţă fizică de nicotină. Apoi, după câteva ore în care nu fumează, corpul lui Joe intră într-o stare de sevraj, iar creierul lui interpretează indiciile acestea corporale ca neplăcute. Vrea să se simtă mai bine, fumează o ţigară, iar când sentimentul neplăcut trece, Joe îşi dezvoltă o identitate a sinelui în jurul fumatului (de exemplu, când simt neplăcerea aceasta, ar trebui să fumez şi o să mă simt mai bine"). Disconfortul lui alimentează pofta, care alimentează comportamentul (fumatul), care alimentează în continuare disconfortul şi aşa mai departe. De fiecare dată când fumează cu intenţia de a-şi alina suferinţa, întăreşte acest ciclu.

Cum să stingi un foc

Învățăturile mindfulness antice despre originarea dependentă folosesc deseori analogia cu un foc care arde, pentru a denota procesul nașterii și al devenirii. E interesant de observat că termenul în Pali *upadana*, tradus adesea ca *atașament,* are o traducere alternativă, care se potrivește cu analogia focului: alimentare sau

întreținere (DeGraff, 1993). Așadar, în cazul comportamentelor de dependență, nașterea (procesul de împerechere asociativă) a focului care devine comportamentul dependent este alimentată permanent de ciclul originării dependente. Acest aspect e important de observat în relație cu tratamentele comportamentale principale pentru dependențe, care au avut doar un succes modest de-a lungul anilor. Istoricul acesta neimpresionant se poate datora, în parte, incapacității de a aborda legăturile fundamentale din procesul de dependență, cum ar fi pofta și agățarea/alimentarea. În general, programele acestea se concentrează doar asupra învățării participanților să evite indiciile declanșatoare sau să substituie fumatul cu alte activități, consumul de alcool sau de droguri. Probabil că evitarea și substituirea tratează „în jurul" ciclului fundamental al dependenței în loc să îndepărteze chiar combustibilul, lăsând astfel indivizii vulnerabili în fața recăderii (vezi Figura 12.3).

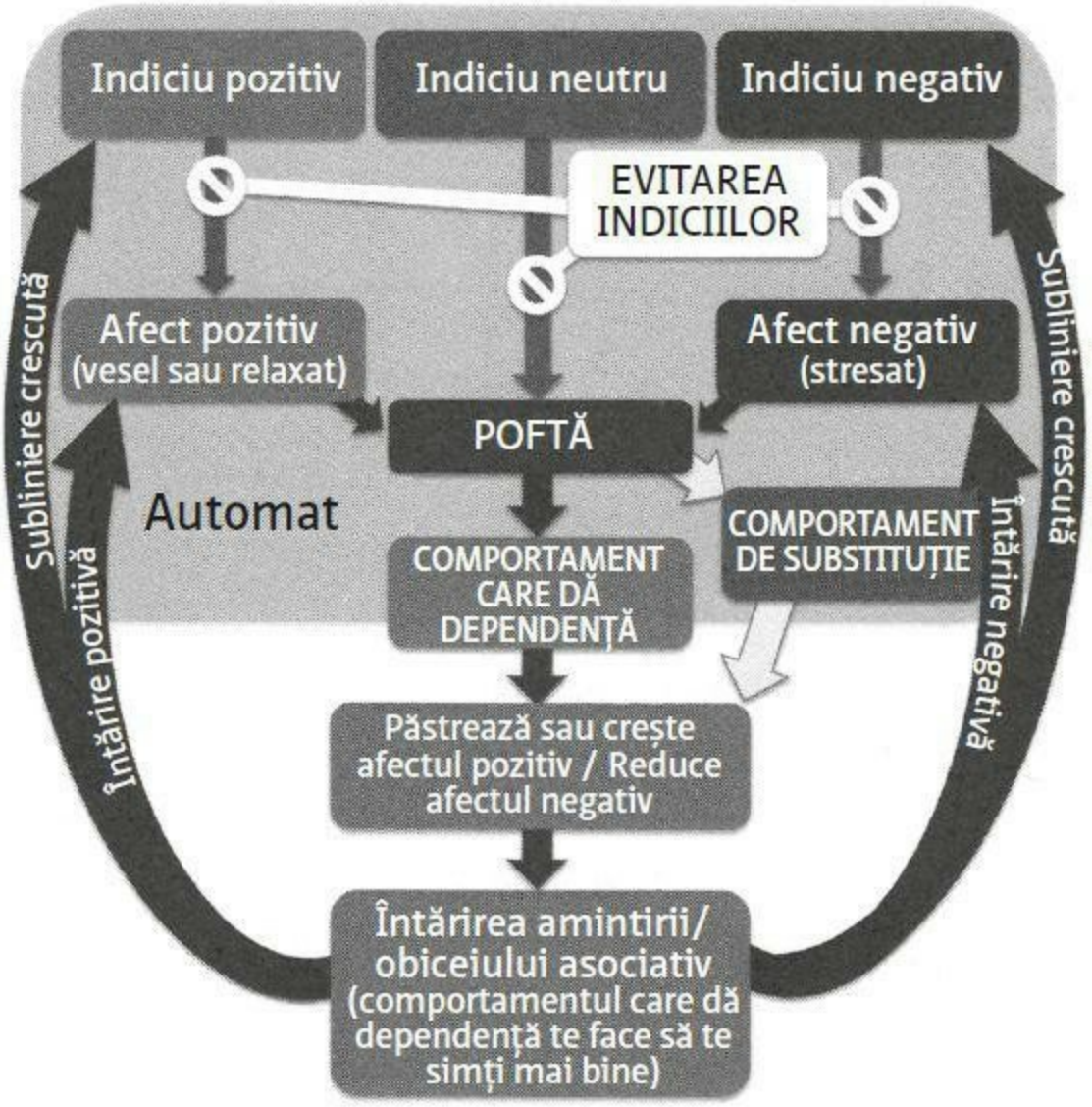


FIGURA 12.3. Limitarea paradigmelor curente de tratament în ceea ce priveşte demontarea cercului dependenţei. Evitarea indiciilor (cercurile albe) domolește ciclul dependenței (săgeţile negre), în vreme ce comportamentele de înlocuire (săgeţile albe) ocolesc comportamentul dependent vizat. Strategiile care învață evitarea indiciilor sau înlocuirea comportamentelor nu demolează direct ciclul dependent esențial (săgeţile negre), lăsând indivizii vulnerabili la recăderi.

Astfel, înţelegând cum debutează şi cum sunt alimentate procesele de dependenţă, cum poate stinge cineva realmente focul? Învăţăturile budiste sunt surprinzător de simple şi de clare: aducând conştientizarea cu mindfulness asupra componentelor centrale ale ciclului dependenței, o

persoană poate depăși sentimentele neplăcute de dorință în loc să hrănească focul dându-și voie să practice comportamentul dependent. După un timp și exercițiu, focul se stinge de unul singur, din lipsă de întreținere. E important de spus că această conștientizare „goală“ cu mindfulness este, prin definiție, lipsită de intenția de a judeca, lucru care poate adesea să perpetueze o dependență în loc să o stingă (Bhikkhu, 2011c). De exemplu, dacă o persoană își folosește puterea voinței pe baza unei aprecieri critice asupra sa pentru a nu fuma (de exemplu: „N-ar trebui să fac chestia asta, nu-mi face bine”), judecata aceasta („fumatul e *rău*") poate funcționa pe termen scurt, dar

poate crea sau sprijini alte cicluri ale întăririi negative, cum ar fi autojudecățile negative sau judecarea altora. În plus, când rezervele cognitive sunt reduse, se poate ca puterea voinței să nu prevaleze, iar persoana respectivă se poate apuca iar de fumat, de băut sau de consumat droguri. În schimb, antrenarea stării de mindfulness țintește tocmai legăturile critice ale afectului și dorinței din ciclul dependenței și acționează în consecință pentru a stinge *procesul* învățat asociativ, stingând, în mod ideal, flăcările o dată pentru totdeauna în loc să se mulțumească să se agite în jurul lor (Bhikkhu, 2011a, 2011b; Gunaratana, 2002).

Antrenarea stării de mindfulness chiar îi ajută pe oameni în privința dependențelor lor?

Antrenarea stării de mindfulness a fost inclusă în diferite tratamente destinate dependențelor. (Vezi, de exemplu, terapia acceptării și angajamentului [TAA; Hayes, Luoma, Bond, Masuda și Lillis, 2006] și prevenirea recăderii bazată pe mindfulness [PRBM; Bowen et al., 2009; Brewer et al., 2009]). De asemenea, a fost folosită și ca „adaos" pentru alte tratamente-standard împotriva dependenței și a indicat un succes preliminar în ceea ce privește tratarea diferitelor tulburări asociate consumului de substanțe, printre care alcool, cocaină, opiacee și altele. Și totuși, până în 2009, doar 1 din 22 de studii publicate care includeau antrenarea stării

de mindfulness era randomizat și niciunul dintre ele nu a testat mindfulness-ul ca tratament de sine stătător. În ultimii ani, lucrările susținute în domeniul acesta par a avea rezultate promițătoare. De exemplu, un program de 8 săptămâni de PRBM a indicat eficiență preliminară ca tratament ulterior pentru persoanele care tocmai au finalizat un program de tratament destinat pacienților interni și în ambulatoriu cu tulburări asociate consumului de

substanţe (Bowen et al., 2009). În plus, PRBM a fost adaptată şi pentru a fi mai uşor de folosit într-un context clinic ambulatoriu standard. Dat fiind că e important să „baţi fierul cât e cald" (să aduci indivizii la tratament imediat ce îşi exprimă disponibilitatea), PRBM a fost împărţită în două module complementare de câte 4 săptămâni, oamenii putându-se înscrie la oricare după o şedinţă introductivă individuală (Brewer at al., 2009). Metoda aceasta nu doar reduce timpul de aşteptare pentru persoanele care doresc să înceapă tratamentul (pentru că nu mai trebuie să aştepte debutul unui alt program de 8 săptămâni, care e standard pentru multe tratamente bazate pe mindfulness), ci le şi permite pacienţilor să înveţe unii de la ceilalţi, dat fiind că aceia care vin la primul modul al programului pot învăţa de la alţi pacienţi care au deja la activ 4 săptămâni de pregătire şi încep cel de-al doilea modul. Modalitatea aceasta a indicat o eficienţă preliminară pentru dependenţa de cocaină şi de alcool (Brewer et al., 2009). E interesant de observat că indivizii care au beneficiat de pregătire pentru

mindfulness în acest cadru au indicat schimbări fiziologice adaptative la nivelul rezultatelor sistemului nervos autonom când au fost puşi la încercare folosind o relatare stresantă personalizată, sugerând că pregătirea aceasta ar putea să îi ajute când au cea mai mare nevoie, comparativ cu un grup de control, care a beneficiat de terapia cognitiv-comportamentală (TCC), „standardul de aur", şi nu a indicat aceste schimbări adaptative.

Un test mai amplu care a vizat pregătirea pentru mindfulness ca tratament de sine stătător pentru renunţarea la fumat a indicat şi el rezultate promiţătoare (Brewer, Mallik et al., 2011). Indivizii care au învăţat mindfulness (comparativ cu programul pentru renunţarea la fumat al Asociaţiei Americane a Plămânilor — un tratament pentru renunţarea la fumat considerat etalon) fumau mai puţine ţigări la finalul tratamentului de 4 săptămâni şi înregistrau rate de abstinenţă semnificativ mai mari după 4 luni (31% faţă de 6%). E important de remarcat, cu cât indivizii din grupul pentru antrenarea mindfulness exersau mai mult acasă, cu atât le era mai bine. Grupul de control s-a angajat de asemenea în activităţi precum exerciţiile de relaxare acasă, ca parte a tratamentului, dar acest tip de practică nu a indicat nicio corelaţie cu rezultatele renunţării la fumat.

De unde ştim cum i-a ajutat pe oamenii aceştia pregătirea pentru

mindfulness? Nu numai că indivizii din studiul asupra fumatului au declarat că au putut

deveni mult mai conștienți de fumatul automat, obișnuit (un individ a relatat că a coborât de la 30 de țigări pe zi la mai puțin de 10 la doar 3 zile după ce a observat cum fumatul e pentru el o obișnuință), ci se pare și că relația cu dorința le e afectată. Dat fiind că dorința e inerent neplăcută, ea îi face pe oameni să acționeze natural în baza ei. Creierele oamenilor le spun acestora într-un mod nu foarte subtil: „Ce inconfortabil e, fă ceva în privința asta *acum*", iar cu cât trece mai mult timp până când pofta e satisfăcută, cu atât se intensifică senzația corporală neplăcută și vorbirea cu sine asociată acesteia.

Antrenarea mindfulness-ului ne învață că, în loc să fugim de ce e neplăcut și să ne angajăm într-un comportament care dă dependență, putem învăța să acceptăm ce se întâmplă chiar acum și aici și, paradoxal, să intrăm *în* ea, pentru a explora cum se simte, de fapt, pofta în corp, oricât de neplăcut ar fi în momentul respectiv. Prin intermediul acestei abordări, indivizii pot învăța că poftele sunt inerent efemere și că nu le explodează capul dacă nu le dau curs. Află că, într-adevăr, le pot îndura și că de fiecare dată când o fac dobândesc un insight mai amplu, curaj și încredere în mecanismele originării dependente: de fiecare dată când hrănesc o poftă, aceasta se amplifică; de fiecare dată când o înfometează, slăbește. De fapt, e vorba de cauză și efect în acțiune. Mai ales la început, poftele continuă să apară (adesea ca răzbunare), dar faptul de a sta efectiv cu pornirile acestea și de a face o

pauză, în loc de a reacționa imediat, afectează atât caracterul automat, cât și puterea ciclului învățării asociative. De fapt, indivizii care au beneficiat de pregătire pentru mindfulness în vederea renunțării la fumat au indicat exact tiparul acesta. Înainte de tratament, au raportat corelații foarte puternice între poftă și numărul de țigări pe care le fumau, dar corelațiile acestea au dispărut până la finalul tratamentului, când mulți încă raportau că le este poftă, dar aceasta nu se mai asocia cu fumatul, la nivel comportamental.

Se pare, așadar, că antrenarea mindfulness-ului poate funcționa realmente pentru a-i ajuta pe oameni să întrerupă ciclurile dependenței. Iar indiciile pe care le avem cu privire la modul în care ar putea acționa par a fi corelate direct cu teoriile noastre moderne despre întărirea pozitivă și negativă din cazul dependențelor.

Antrenarea mindfulness-ului chiar îţi schimbă creierul?

Dacă încercăm să ne creştem masa musculară, poate urmăm un regim de antrenare cu greutăţi, cum ar fi un anumit număr de flotări, tracţiuni şi abdomene în fiecare zi. Dacă exersăm regulat, vom începe să vedem efectele în acţiune, pe măsură ce mușchii ni se tonifiază şi se acumulează şi putem ridica obiecte mai grele. Și creierele noastre se comportă în mare măsură la fel: cu cât exersăm mai

mult o sarcină mentală, cu atât suntem mai buni la ea, fie că e vorba de rebusuri sau de a învăța să citim. Oare e valabil şi pentru meditaţie? Oare antrenarea mindfulness-ului chiar ne schimbă creierul?

O serie de studii ştiinţifice au consemnat mai multe moduri diferite în care antrenarea mindfulness-ului ne îmbunătăţeşte capacităţile mentale, mergând de la o mai bună atenţie concentrată la reducerea situaţiilor în care suntem cu mintea în altă parte şi la o mai bună reglare a emoţiilor. Alături de observaţiile acestea, oamenii de ştiinţă au arătat şi că tiparele de activitate ale creierului, ba chiar şi dimensiunea, se pot schimba în contextul practicării meditaţiei (pentru o bună analiză a acestui subiect, vezi Hölzel, Lazar et al., 2011 şi Capitolul 15). De exemplu, am comparat tiparele de activare a creierului la meditatorii cu experienţă (peste 10 000 de ore raportate de practicare a meditaţiei) cu cele ale novicilor care tocmai învăţaseră cum să mediteze în dimineaţa respectivă (Brewer, Worhunsky et al., 2011). Am observat, interesant, că meditatorii cu experienţă erau mult mai buni la a reduce activitatea cerebrală în acele părţi ale creierului asociate cu rătăcirea minţii şi procesul autoreferenţial în timpul meditaţiei (de exemplu, să îşi facă griji în legătură cu ceva ce mă va afecta *pe mine*). Şi nu conta ce tip de meditaţie practicau — fie că era vorba de a fi atenţi la propria respiraţie, a le dori altora binele (bunătatea iubitoare) sau doar a fi atenţi la orice le apărea în câmpul conștientizării — ei îşi

dezactivau oricum aceste regiuni. Rezultatul era plăcut de văzut, dat fiind că sugera că antrenarea mindfulness-ului făcea ce îşi propusese: antrena mintea să fie atentă la prezent într-un mod nonautoreferenţial. Când am analizat situaţia puţin mai profund, am descoperit şi că acei centri din creier asociaţi cu rătăcirea autoreferenţială a minţii (care au fost supranumiţi *modul implicit* pentru că ne petrecem atât de mult timp activându-i în viaţa obişnuită)

comunicau cu alte regiuni ale creierului la meditatorii cu experienţă, comparativ cu începătorii. Care erau regiunile acestea? Două zone importante, numite cingulat anterior dorsal şi cortex prefrontal dorsolateral, erau implicate în automonitorizare şi, respectiv, control cognitiv. Având toate aceste informaţii, e posibil ca meditatorii cu experienţă să fie în permanenţă „cu ochii în patru“ la „sine” (cu ajutorul cingulatului anterior dorsal), iar când sinele apare (prin rătăcirea minţii sau prin gândurile legate de sine), creierul lor le spune să revină asupra sarcinii pe care o au de îndeplinit (cu ajutorul cortexului prefrontal dorsolateral), adică să fie atenţi la momentul prezent. Are sens, dat fiind că aceasta e intenţia antrenării. În mod surprinzător, am observat tiparul acesta nu doar în timpul meditaţiei practicanţilor experimentaţi; şi când stăteau pur şi simplu în scanner, fără să facă nimic, meditatorii cu experienţă păreau a avea un alt mod implicit“. Observaţia aceasta sugerează că, după puţin exerciţiu consecvent, îşi dezvoltaseră un nou obicei: să fie atenţi şi să nu se lase „absorbiţi” de gândirea

autoreferenţială.

În ce mod sunt corelate aceste observaţii ale cercetării cu dependenţa şi tratarea dependenţei? Regiunile de automonitorizare şi control cognitiv ale creierului au indicat că sunt importante în contextul dependenţelor, iar, în unele cazuri, activitatea în aceste zone poate previziona cât de bine se descurcă oamenii în cadrul tratamentului (Brewer, Worhunsky, Carroll, Rounsaville şi Potenza, 2008). Antrenarea mindfulness-ului poate, într-adevăr, să întărească „muşchiul mental“ din aceste regiuni cerebrale la oamenii care încearcă să schimbe comportamentele de dependenţă, astfel încât să fie capabili să recunoască poftele şi tiparele de gândire autoreferenţială asociate, permiţându-le să „călărească pe valul” experienţei în loc să se lase traşi la fund de el.

Cum poate să fie predată pregătirea pentru mindfulness indivizilor cu dependenţe?

Un avertisment: pentru terapeuţii care sunt interesaţi şi care practică zilnic mindfulness şi meditaţie, toate cele spuse aici pot părea clare. Nu este cazul. Din experienţa noastră, indivizii care suferă de dependenţe vin, în general, la tratament după ce au încercat de unii singuri să se lase de multe ori sau după

ce au încercat

deja numeroase tratamente diferite (de exemplu, sunt necesare, în medie, cinci până la şapte tentative până ca o persoană să se poată lăsa de fumat), astfel că au un nivel redus de toleranţă pentru tratamentele sau terapeuţii care nu îi vor ajuta *acum.* De exemplu, în grupurile noastre pentru fumători, pacienţii noi ne întreabă aproape imediat dacă noi (terapeuţii) am fumat vreodată (respectiv: ne-am lăsat de fumat). Nu contează dacă eşti maestru *jhana* (în Pali: practică a concentrării) şi îţi poţi menţine neabătută concentrarea vreme de câteva ore, dacă nu ai practicat şi aplicat învăţăturile acestea într-un mod foarte real cauzelor suferinţei din viaţa ta cotidiană, nu vor avea încredere în tine şi probabil că nu vei putea să le predai această abordare. E important să îţi analizezi atent motivaţia şi propriul nivel de practică înainte de a merge mai departe. Altfel, pacienţii te vor mânca de viu şi nimeni nu va avea de câştigat de pe urma acestor întâlniri. Prin urmare, am recomanda terapeuţilor să practice ei înşişi câtva timp înainte de a trece la treabă.

La Clinica Terapeutică Neuroştiinţifică Yale, unde ne-am implementat programele de pregătire pentru mindfulness, predăm originarea dependentă încă de la primul curs, folosind diagrama din Figura 12.2. De ce? Am folosit un alt indiciu al lui Buddha aici, care a exclamat: „Am pornit căutând gratificarea în lume. Orice gratificare ar fi existat în lume, pe care am putut-o găsi. Am văzut clar, cu înţelepciune, cât se întinde gratificarea din lume" (Bodhi, 2005, p. 192). Dacă indivizii nu

văd clar de ce au parte ori de câte ori fumează sau beau, şansele sunt mult mai puţine ca ei să îşi dezvolte hotărârea necesară pentru a ţine piept poftelor (inerent neplăcute) şi nevoilor stringente când încearcă să se lase. Trecând prin diagrama aceasta alături de ei, etapă cu etapă, folosind exemple comune din vieţile lor, în minte le încolţeşte ideea că, da, de fiecare dată când fumează sau iau droguri, îşi întăresc aceste tipare ale obiceiurilor dependenţei. De asemenea, putem folosi analogii pentru a ilustra ideea, cum ar fi cea cu un copil care urlă într-o băcănie.

COPILUL CARE URLĂ

Cine a văzut la băcănie un copil care urlă sau a fost chiar însoţitorul unuia?

Poate fi deranjant, cu siguranță, dacă ești la câteva culoare distanță, dar imaginează-ți cum e să fii părintele! Copilul urlă pentru că vrea ceva și tu vrei cu disperare să tacă. Așa că îți scotocești prin buzunar sau prin geantă, căutând o acadea. I-o dai imediat. E fericit vreme de câteva minute. Ce s-a întâmplat? Tocmai ai creat un obicei, învățându-ți copilul să urle după acadele. Acum, va începe să urle ori de câte ori vrea dulciuri, nu doar la magazin. Peste câțiva ani, ar putea fi obez, cu dinții cariați de la atâtea dulciuri, ca să nu mai spunem prost crescut.

Acum imaginează-ți că pofta ta de băutură sau de țigări e copilul care urlă, drogurile sunt acadelele, iar cancerul, emfizemul sau că un post pierdut e obezitatea. Deci ce e de făcut? Să strigi la copil? Să îi pui căluș? Poate că abordările acestea ar funcționa o vreme, dar urlatul va reveni când se termină acadeaua sau se va înrăutăți dacă îi pui căluș pentru că ai făcut asta (ceea ce e dureros) și nu ai remediat motivul pentru care urlă. În analogia aceasta, călușul e încercarea sa de a rezista poftei. Ce-ar fi să îi dai altceva să mănânce? Ar putea fi de folos o vreme, dar și asta poate duce la alte probleme, pentru că nu ai țintit pofta (de exemplu, îngrășare pentru că înlocuiești țigările cu mâncare).

Ce ai putea face în schimb? Te-ai putea asigura că nevoile sale de bază sunt împlinite (nu are nevoie să i se schimbe scutecul, nu-i e foame sau frig) și să aștepți să treacă. Cu dragoste și răbdare, *ține-ți copilul în brațe* (pofta) până se oprește din urlat (pofta trece). Poate e neplăcut să ai parte de priviri ostile din partea altor oameni din magazin, la început, dar, în cele din urmă, va înceta. Și va învăța că nu a fost răsplătit pentru comportamentul său, așa că, data viitoare când urlă, episodul va fi mai puțin intens și mai scurt, iar data următoare chiar și mai puțin intens și mai scurt, până dispare cu totul. Acum ai un copil bine-crescut.

Analogia aceasta ajută la ilustrarea componentelor centrale ale pregătirii pentru mindfulness: nu poți ignora ce se întâmplă și să aștepți să dispară ca prin farmec, iar dacă îți hrănești sau îți respingi poftele, acestea nu fac decât să devină mai intense și mai adânc înrădăcinate.

După ce indivizii au ocazia de a încerca abordarea aceasta vreme de câteva zile, începem să le dăm instrumentele și tehnicile de care au nevoie pentru a-i ajuta să treacă prin poftele lor. Pentru a putea face acest lucru, trebuie să stea

alături de ele, în trupul lor, clipă de clipă în loc să dea curs fricii lor prin evitare sau prin fugă.

Pentru a contribui la ghidarea pacienților, am adaptat un acronim popular, *RAIN* — pentru a combina componentele de recunoaștere și de acceptare ale mindfulness-ului cu tehnicile conștientizării clipă de clipă:

RAIN

Putem învăța să călărim valurile poftei făcând surf printre ele. În primul rând, Recunoști că vine pofta sau dorința și te Relaxezi. Apoi, dat fiind că nu poți controla venirea ei, permiți sau Accepți valul acesta așa cum e; nu îl ignora, nu-ți distrage singur atenția și nu încerca să faci ceva în privința lui. Aceasta e experiența ta. Găsește o modalitate care funcționează pentru tine, cum ar fi

un cuvânt sau o expresie, ca: „Sunt de acord“ sau „OK, începe”, „Asta e“ sau poate un simplu clătinat din cap. Pentru a prinde valul poftei, trebuie să îl studiezi cu atenție, investigându-l pe măsură ce se construiește. Fă acest lucru întrebând: „De ce e conștientă mintea acum?” sau „Ce se întâmplă acum în corpul meu?" Nu te apuca să cauți. Vezi ce apare cel mai proeminent. Lasă-l să vină la tine. În final, ia Notă de experiența din corpul tău, când o urmezi. Rezumă-te la ceva simplu, folosind propoziții scurte sau cuvinte izolate, cum ar fi *neliniște în stomac*, *senzație în creștere*, *arsură* sau *încleștare*. Când simți mai bine dorința, poți observa și asta: *dorința devine mai puternică, îmi crește în burtă* sau *dorință, dorință, dorință*. Urmărește-o până dispare complet. Dacă ești distras sau mintea ți se mută în altă parte, revino, pur și simplu, la investigație, repetând întrebarea: „Ce conștientizează acum mintea?" Vezi dacă îl poți călări până dispare complet. Călărește-l până la mal.

Dacă pici de pe val sau valul pare de nestăpânit, poți începe readucându-ți atenția asupra unei părți sigure a corpului. În general, picioarele sunt un loc bun în care să încerci. Sunt neutre. Folosește, așadar: „Simte-ți picioarele" ca pe o variantă de rezervă și direcționează-ți spre ele atenția până când dorința/pofta trece. E ca un surfer care se ghemuiește sub val și se pregătește pentru următorul.

• Recunoaște/Relaxează-te în ceea ce apare (de exemplu, pofta).

• Admite/Acceptă acest moment (foloseşte afirmaţia — „OK, să-i dăm drumul!“; „Sunt de acord”)

• Investighează experienţa întrebând: „Ce se întâmplă în corpul meu chiar acum?"

• Ia Notă de ce se întâmplă.

Ca parte a muncii acesteia, învăţăm indivizii să se trezească în fiecare dimineaţă şi să îşi stabilească o aspiraţie de a lucra cu poftele lor şi consumul de droguri. Începem prin a face diferenţa între o aspiraţie şi o dorinţă, dat fiind că *dorinţa* de a renunţa poate perpetua tocmai focul pe care persoana doreşte să îl stingă. Analogii simple, ca *ţinutul în palme* a dorinţei de a lucra cu o poftă (aspiraţie) în raport cu *a ţine de* ceva de-a dreptul strâns şi a dori ca acel lucru să se întâmple (dorinţă) poate contribui la ilustrarea diferenţelor-cheie simple dintre cele două. Cuvintele alese cu atenţie pot şi ele să fie utile; folosirea unor afirmaţii ca: „Fie să pot lucra cu poftele mele“ sau: „Fie să practic RAIN când îmi vine cheful să fumez sau să beau” sunt, de obicei, mai utile decât „Vreau să mă las".

De asemenea, încurajăm indivizii să înveţe şi să folosească meditaţia cu bunătate iubitoare de-a lungul procesului. Bunătatea iubitoare (*metta*) e o practică

deosebită, care poate ajuta indivizii să îşi dezvolte concentrarea şi care încurajează autoacceptarea şi acceptarea celorlalţi. Atitudinea aceasta faţă de sine este extrem de importantă pentru tratarea unei tulburări asociate consumului de substanţe (şi alte dependenţe comportamentale), dat fiind că indivizii încep, de obicei, să apeleze la droguri şi la alcool pentru a scăpa de un trecut traumatizant din punct de vedere psihologic şi sunt supuşi unei judecăţi aspre din partea lor înşişi şi a altora, din cauza dependenţelor lor. Învăţând să se accepte aşa cum sunt în momentul acesta, bunătatea iubitoare poate să îi ajute pe indivizi să îşi dezvolte un fundament stabil şi solid de la care să pornească pentru a lucra cu stările afective negative din vieţile lor care declanşează consumul, precum şi cu poftele, atunci când apar.

După câteva săptămâni de învăţat cum să îşi stabilească aspiraţii zilnice, de practicat scanarea corporală şi bunătatea iubitoare şi după familiarizarea cu

RAIN pentru a putea să își „călărească" poftele, îi ajutăm pe indivizi să combine mai bine practicile acestea. Începem să le indicăm (dacă nu și-au dat singuri seama deja) cum aspiraţiile ne pot alinia cu obiectivele noastre de a fi fericiţi, sănătoşi şi în armonie cu ceea ce ne înconjoară (respectiv, să nu suferim şi să nu le producem şi altora suferinţă). Îi ajutăm să vadă cum pornirile și poftele ne deturnează de la atingerea acestor obiective. Aici ar putea fi utile analogiile cu călătoriile:

PĂSTRAREA DIRECȚIEI

Imaginează-ți că ești în Conneticut și vrei să mergi în California. Te urci în mașină și mergi către autostradă. În scurt timp, apare dorința impetuoasă de a te opri la McDonald’s, așa că te oprești să mănânci ceva. Apoi o pornești iar la drum și vezi un indicator către Florida. Începi să te gândești: „Hmmm, nu am fost niciodată la Disney World. O să mă opresc în Florida pe drum...“ Dacă vei continua să dai curs oricărei porniri apare, nu vei ajunge vreodată la destinație. Și cu cât mergi mai mult fără a conștientiza situația (respectiv, nu dai dovadă de mindfulness în raport cu pornirile tale și acțiunile care le urmează), cu atât te îndepărtezi mai mult de drumul tău. Dar de fiecare dată când îți observi pornirile și iei notă („Ia uite, iar am pofta aia”) și călărești, în loc să dai curs fiecărei porniri, poți rămâne pe drumul cel bun și, în cele din urmă, vei ajunge la destinație. Cu cât ești mai conștient de situație și răspunzi cu mindfulness, cu atât mai mult avânt acumulezi și cu atât mai repede ajungi acolo.

Adunând laolaltă toate ideile acestea, indivizii pot învăța să (1) observe o pornire, (2) să o folosească drept clopoțel pentru mindfulness ca să își amintească

aspiraţiile lor şi (3) să revină la cursul stabilit folosind exerciţii ca RAIN sau bunătatea iubitoare în momentul actual. În acest sens, ei observă când mașina le-a deviat de la curs (observă pofta), pot folosi volanul ca să vireze pentru a reveni pe drumul cel bun (aspirația) și pot călca accelerația (practica RAIN sau a bunătăţii iubitoare). Odată ce au acumulat suficient avânt, devin de neoprit!

Un beneficiu pe care noi și pacienții noștri l-am observat în urma antrenării indivizilor pentru mindfulness aplicat dependențelor este că practica aceasta

se impregnează natural în viețile lor cotidiene. Un mecanic auto solid mi-a spus sfios la finalul tratamentului că bunătatea iubitoare era practica lui favorită pentru că, pe lângă faptul că îl ajutase să se lase de băut, îl ajutase enorm la serviciu, ca să poată să îi facă față șefului său dictatorial (tatăl lui). O altă femeie mi-a relatat că a fost capabilă să accepte sentimentele negative pronunțate care însoțeau faptul că își descoperise fratele mort, spânzurat în dulap. Nu e de mirare, dat fiind că ruminația și gândirea autoreferențială sunt un element comun al dependențelor și al altor afecțiuni care apar concomitent, cum ar fi anxietatea și depresia, pregătirea pentru mindfulness poate fi un tratament la fel de util ca acela pentru diagnostic dual (Brewer, Bowen, Smith, Marlatt și Potenza, 2010).

Secole de-a rândul, noi, oamenii, ne-am confruntat cu stresul și suferința, atât în viețile de zi cu zi, cât și din cauza dependențelor. Cu atenția pe care o acordă

dinamicilor poftei și procesului de originare dependentă, pregătirea pentru mindfulness are ca scop să ajungă la miezul acestei suferințe, dezrădăcinând-o sau lăsând focul să ardă complet. Perspectivele noastre moderne asupra procesului dependenței (dublate de studii de cercetare) sunt uimitor de similare cu ceea ce a observat Buddha: că pofta produce suferință, și ieșind de sub puterea vrăjii și renunțând la pofta aceasta, ne găsim alinarea. Antrenarea mindfulness-ului abia începe să fie folosită de terapeuți pentru a ajuta oamenii care suferă de dependență să iasă din cercul dependenței. Activitatea preliminară pare promițătoare, deși sunt necesare mai multe studii pentru a confirma aceste succese inițiale și a le asocia mai departe cu mecanismele psihologice și neurobiologice ale schimbării.

CAPITOLUL 13

Lucrul cu copiii

Trudy A. Goodman

Încearcă să dai dovadă de mindfulness şi să laşi lucrurile să îşi urmeze cursul firesc. Atunci mintea îţi va fi liniştită în orice împrejurări, ca un lac liniştit de pădure. Tot felul de animale minunate şi rare vor veni să bea din lac, iar tu vei vedea clar natura lucrurilor. Vei vedea multe lucruri ciudate şi minunate venind şi trecând, dar tu vei fi liniştit.

ACHAANNCHAN (Chah, Kornfield şi Breiter, 1985)

Mintea începătorului este o expresie familiară în tradiţia Zen pentru calităţile mindfulness: deschidere, receptivitate şi disponibilitate de a învăţa. Practica mindfulness cultivă stările de interes şi de spontaneitate relaxată în care cei aflaţi la început de drum în viaţă — copiii — se nasc. Copiii trăiesc în altă ţară. Ca terapeuţi, trebuie să construim o punte naturală pentru a ne conecta cu ei, iar cultivarea minţii începătorului la noi ne poate ajuta în acest sens. Capitolul de faţă explorează

cum poate mindfulness-ul să îi ajute pe psihoterapeuţii clinicieni să creeze o legătură cu copiii care vin la terapie, discută aplicabilitatea sa în terapia de familie şi îndrumarea părinţilor şi oferă modalităţi de a-i învăţa pe copii mindfulness-ul.

Relaționarea cu mindfulness cu copiii

Ce are unic terapia copilului orientată spre mindfulness? E vorba despre intenţie şi abilitatea crescută de a reveni la momentul prezent, iar şi iar, cu o atenţie deschisă, fără a judeca, de a fi alături de experienţa copilului şi de propria experienţă.

Provocarea de a lucra cu copiii

Copiii nu comunică aşa cum o fac adulţii. Multe dintre gândurile şi sentimentele lor sunt exprimate nonverbal, prin joc şi gesturi corporale. Practicarea mindfulness-ului de către psihoterapeut facilitează comunicarea

cu copiii, pentru că mindfulness-ul stimulează conştientizarea nonverbală. Momentele de mindfulness sunt momente instantanee, preverbale, preconceptuale, de vedere clară. Practica ne învaţă să ne deschidem în faţa simţurilor noastre, să conştientizăm ce se întâmplă în momentul acesta în loc să ne angajăm în gândirea discursivă sau

discuţia *despre* experienţă.

Definiţia noastră operaţională pentru mindfulness — conştientizarea experienţei prezente cu acceptare plină de compasiune — ne oferă o poziţie utilă pentru a relaţiona cu copiii. Copiii au şanse mai mari decât adulţii de a trăi în momentul prezent — de fapt, se ştie clar că noţiunile adulte de timp şi secvenţialitate îi ameţesc. Mi s-a adus aminte despre acest lucru când tratam o familie cu o fiică în vârstă de 13 ani. Când mama ei i-a relatat o povestire despre ea ca fetiţă, fiica i-a răspuns: „Mamă, nu înţeleg cum poţi trăi aşa, în trecut! Tot ce cred şi fac eu e acum!" Mindfulness-ul ne creşte capacitatea de a relaţiona empatic cu conştientizarea momentului prezent de către copil, ajutându-ne să experimentăm *noi înşine* viaţa ca pe o serie continuă de momente prezente. Ne ajută să fim mai puţin prinşi de conceptele de timp şi să ne acordăm mai bine la felul în care copiii resimt viaţa.

Din cauza intensităţii ataşamentului lor şi pentru că adulţii acţionează permanent pentru socializarea lor, copiii sunt foarte sensibili la acceptarea sau dezaprobarea celorlalţi. Prin urmare, şi *acceptarea* este esenţială pentru a ne alătura copiilor. Acel aspect al mindfulness-ului care ţine de compasiune şi de a nu judeca, de a accepta ceea ce este — care înţelege fără a evalua — creează în cabinetul de terapie o atmosferă necesară de siguranţă emoţională şi încredere.

De asemenea, copiii sunt deosebit de dornici să revină iar şi iar asupra

activităţilor alese de ei. Repetarea jocului care poate fi transformaţional şi plăcut pentru un copil poate fi enervant de dificilă pentru un terapeut. Mindfulness-ul îl poate ajuta pe terapeut să menţină suficient interes pentru a percepe schimbările subtile în succesiuni altfel plictisitoare, repetitive, de joc şi să rămână conectat emoţional cu copilul.

Mindfulness-ul ne dă ocazia de a cunoaşte profund, adesea printr-o

străfulgerare nonverbală sau insight, ce se întâmplă copilului. Lumea copilului e diferită de a noastră; putem intra în ea cu mindfulness, rămânând prezenţi, alături de ceea ce se întâmplă în momentul actual. Pacienţii noştri copii ne pot oferi feedback atunci când devenim lipsiţi de mindfulness, poate prin comportamentul lor neascultător sau prin retragere. Copiii, având mintea începătorului, ne învaţă despre calitatea prezenţei noastre.

Prezenţa psihoterapeutică

Prezența psihoterapeutică se referă la mai mult decât a fi în compania fizică a unei alte persoane. Se referă la un sentiment perceput de a fi cu altcineva, de *mindfulness în relație* (vezi Capitolul 5). Opusul prezenţei terapeutice este absenţa sau preocuparea. Copiii sunt deosebit de sensibili la implicarea emoțională a adulţilor

în raport cu ei. Experienţa de a fi singur în prezenţa fizică a altcuiva poate fi percepută la fel ca experienţa de a fi lăsat singur.

Cari, o pacientă în vârstă de 18 ani, era supărată după ce se uitase la un videoclip cu mama ei ţinând-o în braţe pe când avea cam şase luni. În videoclip, Cari era în poala mamei sale, care o sălta pe genunchi. Și Cari, și mama ei erau cu fața la mătușa ei, care ţinea camera de filmat. Mama ei se apleca periodic peste copilul Cari şi îşi freca nasul de ea, o împungea sau o gâdila, apoi revenea iute la discuţia cu sora ei. Cari era tulburată straniu de scena aceasta aparent benignă. Avea sentimentul că mama ei uita de ea în copilărie, dat fiind că stătea de vorbă și o zgâlțâia mecanic. Interacţiunile mamei sale i se păreau intruzive, motivate de nevoia mamei de a fi în contact și de a o face să se simtă în siguranță.

Deşi prezentă fizic, Cari avea sentimentul că mama ei era absentă emoţional. Am învățat-o pe Cari să mediteze; experienţa noastră comună de meditaţie a creat un câmp al prezenţei terapeutice atente, pline de compasiune, în care Cari putea face o paralelă între sentimentul de intruziune emoţională din partea mamei sale şi tiparele pe care le observa în meditaţia sa. Gândurile anxioase îi pătrundeau în

conştiinţă când era într-o stare mentală calmă, îi atrăgeau atenţia şi o scoteau din starea de prezenţă paşnică, la fel cum făcea mama ei în videoclip.

Experienţa lui Cari ilustrează două aspecte. În primul rând, arată cum atenţia blândă a terapeutului — prezenţa sa psihoterapeutică — poate ajuta copiii să-şi perceapă propria experienţă într-un mod nou. Cari a dus acest insight un pas mai departe, pentru a vedea cum calitatea atenţiei unui părinte poate modela felul în care un copil participă la propria experienţă (Bluth şi Wahler, 2011). În al doilea rând, vedem cum practica mindfulness-ului ar putea stimula cogniţia socială în general; într-adevăr, circuitele neurale folosite pentru armonizarea intrapersonală pot fi aceleaşi cu cele folosite interpersonal (Siegel, 2007). Cari şi cu mine am considerat că propria practică a mindfulness-ului i-a permis să perceapă mai bine moştenirea stărilor mentale ale mamei sale.

Conştientizarea aceasta sporită cu mindfulness se aplică şi terapeutului care face psihoterapie. Conştientizarea mişcărilor propriei minţi în timpul tratamentului poate ajuta terapeutul să afle o mulţime de lucruri despre experienţa interioară a copilului: îndepărtarea şi apropierea, a fi prezent sau a fi absent, a se simţi abandonat sau a abandona.

Prezenţă în haos

Când a venit în biroul meu, Carlos, în vârstă de 9 ani, m-a întrebat: „Ăsta e un loc pentru copiii care se urăsc singuri?" M-a încredinţat apoi repede că el într-adevăr se ura pe sine. Carlos nu a putut aştepta să ajungă să mă cunoască, înainte de a se lăsa absorbit de jocul acesta sălbatic, teatral. Temele care au ieşit la iveală erau violente şi explicite sexual. Şi dispreţul pentru situaţia de a se afla într-o încăpere cu o persoană necunoscută, şi caracterul explicit neinhibat al jocului său erau deconcertante.

La un moment dat, în timpul primei şedinţe, aveam fiecare câte o marionetă pusă pe o mână ridicată în timp ce avansam pe podea târându-ne pe burtă, alunecând încet în jocul lui Carlos. Dintr-odată, s-a uitat spre mine şi m-a întrebat fără convingere: „Ăsta e serviciul tău?" În ciuda simţului umorului, am observat că, pentru Carlos, linia dintre real şi închipuit nu era clară. Capacitatea lui de a intra şi de a ieşi din lumea fanteziei era ameţitoare, iar eu începusem să mă simt copleşită de tot materialul emoţional care ieşea la iveală în jocul lui. Fiind alături de Carlos, am simţit haos interior şi un vârtej de gânduri şi sentimente copleşitoare.

Mindfulness-ul m-a ajutat să îmi concentrez atenţia în mijlocul impresiilor ameţitoare ale şedinţei. Inspirând şi expirând de trei ori, mi-am calmat mintea şi am recunoscut că propria-mi stare haotică era o imagine a celei a lui Carlos. I-am

simţit nevoia intensă de a înţelege ceva din lume — care s-a transformat, în cele din urmă, în obiectivul nostru clinic.

Am decis să introduc un exerciţiu de mindfulness care să ne ajute pe amândoi. Am bănuit că micuţul Carlos ar putea beneficia de pe urma aceleiaşi tehnici pe care o folosisem pentru a mă desprinde din haosul lui emoţional. Am creat un joc numit *trei respiraţii*, în care ne opream din orice am fi făcut, ori de câte ori voia el, pentru a explora cum se simte, delicat şi încet. Lui Carlos i-a plăcut controlul astfel obţinut asupra interacţiunii noastre şi propriei experienţe în momentul respectiv. De asemenea, a învăţat din ce în ce mai mult să apeleze la cuvinte pentru sentimentele vulnerabile şi dificile. Astfel, Carlos a început să beneficieze de pe urma conştientizării cu mindfulness a vieţii sale interioare tumultuoase, iar eu am putut rămâne mai conectată cu el.

Calitatea aceasta a minţii, care ar putea fi numită *prezenţă autentică*, *mindfulness în relaţie* sau *prezenţă terapeutică*, implică să fii conştient de fluctuaţiile propriei atenţii câtă vreme eşti angajat emoţional faţă de un pacient. Thomson (2000) sugerează că „prezenţa autentică... trebuie să stea undeva între terapeut şi client" (p. 546). Asta înseamnă că putem fi deschişi şi receptivi la experienţa pacientului, dar simultan trebuie să rămânem conştienţi de faptul că piesa este un joc al conştiinţei. Mindfulness-ul permite terapeutului să fie angajat cu compasiune, dar totuşi

dezlegat de experienţa pacientului. Putem intra şi ieşi din propriile reacţii şi putem învăţa din ce simte corpul nostru, din ce face mintea, fără a ne pierde legătura cu pacientul. Procesul e mai subtil în cazul copiilor decât al adulţilor, pentru că interacţiunile cu copiii sunt mai puţin verbale şi structurate; trebuie să rămânem alerţi şi receptivi la experienţa viscerală, preconceptuală. Necesită un mai mare rafinament al atenţiei noastre.

Prezenţă în deconectare

Conştientizarea susţinută vine în mod natural atâta vreme cât ne bucurăm de experienţa noastră şi aceasta rămâne interesantă. Însă experienţele neplăcute apar şi ele regulat în cadrul terapiei, iar atenţia noastră începe deseori să rătăcească drept răspuns. Cultivarea mindfulness-ului ne ajută să discernem tiparele conectării şi deconectării care se produc în cabinet (Safran et al., 2011).

Maria, elevă în clasa a cincea, a fost trimisă la terapie de şcoala ei din cauza retragerii sociale şi a pasivităţii emoţionale. Deşi drăguţă şi ascultătoare, Maria nu era angajată emoţional în terapie şi era absentă emoţional în clasă. Era dezinteresată de cele mai multe lucruri, inclusiv de aspectul ei fizic, care, de regulă, e o grijă importantă pentru fetiţele de vârsta Mariei. Avea

părul nespălat şi părea neglijată per ansamblu.

Era dificil să rămâi prezent, în aceeaşi încăpere fiind cu Maria, din cauza opacităţii sale emoţionale şi incapacităţii de a lua parte la conversaţii. În ciuda intenţiei mele de a fi prezentă cu Maria la terapie, tentaţia de a crea spaţiu, de a visa cu ochii deschişi îmi era aproape irezistibilă. Uneori, mă trezeam că detest şedinţele noastre. Toate eforturile mele de a reveni la a fi prezentă şi grijulie nu păreau să ne însufleţească legătura. Deseori, mă simţeam epuizată după aceste şedinţe.

După 6 ore lungi de terapie, lipsite de viaţă, în care am fost prezentă cu mindfulness — şi disponibilitate de a explora — percepând sentimentul ciudat că lipseşte ceva din relaţia cu Maria, le-am împărtăşit nedumerirea mea părinţilor fetei. După câteva săptămâni, am primit un telefon matinal acasă, de la tatăl Mariei. Mi-a spus că avusese o relaţie sexuală cu fiica sa. Mi-a descris starea de amorţeală emoţională şi dor care îl împinsese să caute acel gen de liniştire din partea ei. S-a gândit că un astfel de comportament ar putea compensa faptul că mama Mariei o neglija, dar tatăl nu avea, aparent, nicio idee despre propriul rol în această neglijare. Am recunoscut că fusese curajos să îmi spună ce se petrecuse.

Maria renunţase să mai fie prezentă pentru ea însăşi şi pentru ceilalţi. Trăia într-o copie ca din vis, într-o oglindă disociată a lumii în care era o şcolăriţă

normală, care făcea lucrurile ca să fie făcute, fără a şti măcar ce e în neregulă.

Reacţiile mele — dorinţa de a pleca, de a renunţa la a mai fi cu ea — reflectau cu o precizie dureroasă sentimentele Mariei. Am descoperit ulterior că şi mama Mariei era o victimă a abuzurilor, iar sentimentul meu de deconectare reflecta de asemenea dezinteresul ei emoţional generalizat. Mindfulness-ul asociat conectării şi deconectării poate indica uneori, în mod ciudat, dacă suntem dispuşi să rămânem şi să-i permitem să-şi scoată adevărurile la iveală.

Intenţia noastră de a reveni asupra momentului prezent dând dovadă de curiozitate şi interes, în ciuda a ceea ce am putea simţi, este o abilitate esenţială atunci când lucrăm cu pacienţi care suferă fără cuvinte. Copiii, mai ales, îşi aduc suferinţele la terapie nonverbal. Ceea ce este confuz sau opac pentru terapeut va deveni, în cele din urmă, interesant şi clar dacă acesta are intenţia deschisă de a reveni asupra sa. Conştientizarea cu mindfulness poate ajunge oriunde, explorând toate colţurile, independent de cadrul nostru teoretic de gândire. Întrebarea este: „Ce se întâmplă aici, acum, în experienţa mea şi a pacientului meu?"

Mintea începătorului

În mintea începătorului sunt multe posibilităţi;

în mintea expertului sunt puţine.

SHUNRYU SUZUKI (1973)

Mulţi profesori adoră să lucreze cu începătorii pentru că sunt dornici să învețe, pun întrebări excelente, sunt curioşi şi, în general, sunt receptivi la informații și experiențe. Ce plăcere! Și pacienții noștri copii caută aceeași receptivitate din partea terapeuților lor. Oare terapeutul mă poate înțelege, mă cunoaște, poate avea suficientă răbdare și bunătate pentru a-mi simți lupta și a-mi recunoaște puterile? Oare terapeutului îi place să fie cu mine? Când un terapeut poate întâmpina un copil cu mintea începătorului, amândoi sunt eliberaţi de noțiuni preconcepute, înrădăcinate în diagnosticul sau istoricul de familie al copilului și se pot întâlni cu interesul de a vedea, pur și simplu, cum e să fie împreună.

Leni, o fetiță de 3 ani cu obraji trandafirii și codiță, a fost trimisă la mine de

un pediatru cunoscut, care se întreba dacă Leni are sau nu autism. Părinţii ei, speriaţi, doreau o a doua opinie. Când am întâlnit-o pe Leni prima dată, privirea ferită, tăcerea şi disponibilitatea de a pleca de lângă mama ei fără a privi în urmă păreau să susţină toate diagnosticul. Leni nu era pregătită să mă recunoască sau să răspundă cuvintelor mele: de fapt, părea că mă ignoră.

Când a venit cu mine în camera de joacă şi s-a aşezat, Leni a desenat o fetiţă aşezată pe bancheta din spate a unei maşini mari şi gri, condusă singură pe o stradă, înconjurată de ninsoare.

Şi în alte moduri, Leni mi-a comunicat cum e lumea ei. Jocul ei era repetitiv, cu perseverenţe verbale, iar comportamentele ei nici nu invitau, nici nu respingeau. Şi totuşi, când mi-am adus toată atenţia în momentul curent şi am folosit mindfulness-ul asociat tuturor impresiilor senzoriale care se găseau în câmpul conştientizării, am avut o senzaţie uşoară a prezenţei fetiţei şi o uşoară legătură. I-am simţit prezenţa sub forma străduinţei sale, energiei, anxietăţii şi încăpăţânării sale. Leni evoca aceleaşi calităţi în mine. Mama mi-a confirmat că acestea erau unele dintre aspectele personalităţii lui Leni.

Pentru mine a devenit evident cu timpul că Leni manifestă elemente de autism cu un grad înalt de funcţionare, conform DSM-5. Deşi diagnosticul era esenţial pentru a beneficia de servicii adecvate pe durata anilor de şcoală, terapia avea ca scop ca părinţii lui Leni şi cu mine să reuşim să dezvoltăm o înţelegere empatică şi o legătură cu fetiţa, îngropată în spatele neurologiei sale atipice. Nevoile lui Leni puteau fi tratate cu flexibilitate graţie acestei înţelegeri mai adaptate, cu mindfulness.

În căutarea persoanei din spatele diagnosticului, disponibilitatea de *a nu şti* este o precondiţie a descoperirii (vezi Capitolul 3). Spre deosebire de adevăraţii începători, terapeuţii cu experienţă pot trage prematur concluzii din cauza încrederii excesive sau necunoaşterii anxioase. Ca terapeuţi, trebuie să ne restricţionăm tendinţa aceasta şi să învăţăm să stăm liniştiţi în mijlocul incertitudinii, cu răbdare şi calm. Eu am încercat să îmi ţin suspendată înţelegerea diagnosticului, astfel încât să nu afecteze sarcina de a crea o legătură autentică şi caldă cu individualitatea şi experienţa lui Leni. Practica mindfulness poate fi utilă în această privinţă; ea antrenează practicantul să îşi suspende *construirea cognitivă,* ca să folosim termenul lui Delmonte (1986).

Terapeuţii de copii în formare trebuie să ştie deseori că e în regulă să fie doar receptivi cu căldură, să stea şi să fie alături de un copil, relaxaţi pentru ceea ce se va dezvălui. Tratarea cu uşurinţă a conceptelor şi teoriilor noastre ne permite să luăm parte la o călătorie de codescoperire cu copilul. E o colaborare în cadrul căreia accentul pus pe gândurile noastre despre tratament este redus în favoarea *sentimentului perceput* (Gendlin, 1996) al legăturii. Sentimentul perceput se schimbă de la un moment la altul, în mare măsură ca un copil însuşi. Când un terapeut clinician novice cere indicaţii despre cum să gândească în timpul şedinţei, răspunsul e „Nu prea mult". Dacă simţim momentul alături de copil, avem

încredere că înţelegerea ne va parveni când avem nevoie de ea.

Activitatea recentă din domeniul emergent al neurobiologiei interpersonale indică mecanisme prin care un individ îl influenţează pe altul (Iacoboni, 2008; Siegel, 2007). Având în minte influenţa aceasta, înţelegem câte ceva despre cum mintea începătorului de care dăm noi dovadă este un dar pentru copii. Când renunţăm la preconcepţii, sunt liberi să iasă în faţă şi să ne ocupe spaţiul relaxat al deschiderii şi receptivităţii. Starea noastră de a fi paşnică invită calmul lor şi le permite să „vină aşa cum sunt“, fără a omite nicio parte. Toate creaturile înfricoşătoare, inacceptabile, „stranii şi minunate” care trăiesc în sufletul copilului sunt atrase către „lacul liniştit din pădure" al receptivităţii noastre prietenoase (Chah et al., 1985, p. vi).

Conştientizarea preverbală

Copiii au parte de experienţe dificile înainte de a deprinde abilitatea de a vorbi. Urmele acestor experienţe sunt îngropate în corp şi în sentimentele copilului. Chiar şi în cazul adulţilor, rezultatele experienţelor traumatice sunt deseori preverbale, în mare măsură. Prin intermediul conştientizării cu mindfulness, pline de compasiune, terapeuţii clinicieni pot contribui la integrarea experienţelor

preverbale exilate din conştientizare. Mindfulness-ul, în special cu componentele sale de acceptare şi autocompasiune (Germer, 2009), ar putea crea un climat sigur în care experienţa dificilă poate ieşi la iveală, ca animalele care ies în linişte şi temătoare din pădure. Fiind familiarizat şi simţindu-se confortabil cu domeniul preverbal al experienţei, terapeutul poate

rămâne conectat în liniște la copilul care suferă.

Jason, un ciufulici de cinci ani cu ochi mari căprui fusese dat afară deja de la fiecare program pentru preșcolari la care fusese înscris. Tocmai intra într-un program de terapie școlară când l-am cunoscut. Când la noua școală i se impuneau limite de comportament, Jason urla, bocea, dădea din mâini și, în cele din urmă, se prăbușea. Jason asistase deseori la bătăile pe care i le administra mamei lui iubitul cu care aceasta locuia și, normal, nu era capabil să o apere. Mama lui agrava problema reacționând la ieșirile lui Jason, alternând vinovăția pasivă cu amenințările verbale că „o să îl facă bucăți". Și Jason, și mama lui se simțeau neajutorați și lipsiți de control.

În jocul lui închipuit de la terapie, Jason putea fi un erou care salvează oameni, un superman care poate supune orice răufăcător supărat. Și totuși, statura sa

mică și vulnerabilitatea unui copil de cinci ani se simțeau profund. Sentimentul de neputință datorat limitelor impuse la noua lui școală ducea la erupții de furie și de nervozitate. Eu am ales o abordare nouă pentru Jason. Cum ar fi să fie ținut cu fermitate și compasiune tandră, fără furie sau reactivitate, ca răspuns la ieșirile lui? Abordarea aceasta a avut un efect profund. Furia i s-a epuizat de la sine și a plâns încet, lăsându-se legănat și liniștit, câtă vreme își simțea supărarea aproape de nesuportat.

Când Jason a învățat să își exprime groaza prin cuvinte, a scos la iveală că se temea că au să-i cadă brațele și picioarele. Teama aceasta era ecoul amenințării mamei lui că are să-l rupă în bucăți. În „țara" unde trăiesc copiii, cuvintele sunt înghițite ca atare. Jason se temea că eu am să-i smulg brațele și picioarele ca răspuns la furia lui. Puțin câte puțin, Jason a învățat să facă diferența între temerile sale și realitate. A aflat că brațele și picioarele sunt atașate bine de corp și că, atunci când terapeutul îi oprea crizele, nu avea de gând să îl rănească. Ieșirile lui Jason s-au domolit.

Cea mai mare parte a tratamentului lui Jason a fost nonverbală. A fost influențat pozitiv de eforturile mele de a nu-l judeca, fiind conștientă de lupta pe care o duce și de a rămâne conectată cu drag de-a lungul ieșirilor sale dureroase. Surprinzător, Jason s-a recunoscut ulterior în alți băieți când *aceștia* aveau crize

temperamentale şi căuta ocazii de a fi bun şi de a-i linişti.

Pentru a trata cu mindfulness emoţiile puternice e nevoie de exerciţiu — nu de ani şi ani, ci de o perioadă de practică regulată, cu intenţia de a fi receptiv. Ca o reamintire a propriilor mele intenţii de a da dovadă de mindfulness, am pe peretele biroului meu un citat:

Fiind atenţi alert, observându-ne pe noi înşine, cu intenţia de a observa, nu de a judeca, acceptând complet orice ar apărea, doar pentru că e acolo, permitem profunzimii să iasă la suprafaţă şi să ne îmbogăţească viaţa şi conştiinţa... Aceasta e marea reuşită a conştientizării. (Maharaj, 1997, p. 112)

Copiii nu locuiesc încă pe deplin lumea verbală, iar adulţii se agaţă uneori de ea prea strâns. Adulţii au tendinţa de a pune sechestru pe experienţa copilului, oferindu-i explicaţii verbale sau soluţii. Prin practica mindfulness, acest domeniu perceptual preverbal poate deveni un loc de popas sigur şi plin de compasiune pentru psihoterapeut, un pod spre a ajuta un copil prin cuvinte iubitoare.

Momentul prezent

Activitatea terapeutică se derulează mereu aici şi acum. Reflecţiile lui Daniel

Stern (2003) asupra *momentului acum* din psihoterapie sună ca o descriere a practicii mindfulness.

În timp, nu se poate îndepărta ceva. [Momentul] este direct — nu transmis şi reformulat prin cuvinte… Momentele de întâlnire oferă unele dintre cele mai importante experienţe pentru schimbare în psihoterapie. Ele sunt, deseori, momentele de care îţi aminteşti cel mai des... care au schimbat cursul terapiei (p. 57).

Deşi Stern sugerează că ne lipseşte o teorie a unor astfel de momente, psihologia budistă a elaborat detaliat numeroasele nuanţe ale momentului prezent şi a descris cum se poate susţine legătura plină de compasiune, clipă de clipă, cu conţinutul conştientizării şi cu procesul de schimbare.

Momentul prezent trece extrem de repede. Când conceptualizăm o experienţă

a momentului, acesta a trecut deja. Prin mindfulness, ne ducem din ce în ce mai aproape de simpla apariţie şi trecere a experienţei preverbale în momentul prezent. Acest tip de cunoaştere, care e intuitivă, este în miezul înţelepciunii noastre înnăscute.

Cercetătorii clinici au făcut înregistrări video cu interacţiunile părinţi–copii

mici şi au observat schimbul de microcomunicări dintre cei doi indivizi chiar şi de 10 ori pe secundă (Beebe şi Lachmann, 1998; Tronick, 1989). Copilul priveşte, mama răspunde; răspunsul ei îşi găseşte ecou în copil, care modelează următorul răspuns al mamei şi aşa mai departe. Apelarea mutuală şi răspunsul se produc atât de rapid, încât nu pot fi urmărite de ochiul conştient al unui observator. Conştientizarea momentului prezent ne aduce mai aproape de a vedea acest proces nonverbal subtil, uşurând astfel accesul şi participarea la lumea copilului.

Cum intră un terapeut într-o relaţie cu asemenea subtilitate? Un terapeut acordat emoţional pacientului său copil probabil participă la aceste microcomunicări cu o conştientizare intuitivă, participativă, nu cu ajutorul cunoaşterii conceptuale, obiective. Un sentiment de conectare şi înţelegere poate fi rezultatul unui şuvoi de percepţii reciproce, care e prea rapid pentru a putea fi urmărit conştient. Când acordarea aceasta e puternică, terapeutul e pe deplin atent la pacient şi absorbit de „curgerea" clipă-de-clipă. Prin intermediul acordării emoţionale şi prezenţei autentice, terapeuţii eficienţi sunt angajaţi pe deplin în momentele prezente evazive, succesive, trecătoare.

În cazul unor copii, atragerea explicită a atenţiei în momentul prezent facilitează tratamentul:

Maggie, în vârstă de nouă ani, m-a pus la încercare. Mai mersese anterior la alţi doi terapeuţi clinicieni cu experienţă, dar nu avusese succes. Era deconectată emoţional, necăjită deseori la şcoală (unde copii o numeau *otrăvitoarea*) şi foarte sensibilă la critici. Maggie se lupta cu părinţii ei din cauza refuzului de a-şi face zilnic temele. Nu îi era de folos că fratele ei mai mic era un elev strălucit şi foarte popular la şcoală. Părinţii ei nu ştiau cum să o ajute pe Maggie să nu se mai simtă ca o victimă, furioasă şi singură.

Veterană a terapiei înainte să împlinească 9 ani, Maggie era hiperalertă la

orice care-i mirosea a psihologie. Disprețuitoare și distantă, respingea fiecare săgeată din tolba mea terapeutică făcând câte o criză, urmată de o tăcere îmbufnată.

Într-o după-amiază târzie de iarnă, Maggie și cu mine stăteam față în față pe podeaua cabinetului meu, într-o baltă de lumină. Eu voiam să stabilim o legătură, dar eram frustrată într-un mod foarte familiar pentru Maggie. Tăcerea era încordată și jenantă. Eu eram cu gândurile dincolo de fereastră. Era la apus, unul dintre acele momente tăcute în care lumea întreagă se face de un albastru profund. Am simţit pacea profundă a meditaţiei. M-am întors spontan către Maggie și i-am spus încet: „Ia uite, e totul albastru acolo". Ea s-a uitat. Am întrebat-o dacă mai observase vreodată lumea albastră de la asfinţit. Era curioasă, atentă într-un mod nou. A fost

un moment de întâlnire, de prezenţă și de pace. Vreme de un scurt moment „acum“, am intrat una în lumea celeilalte. Așa cum scrie Stern (2003), „Imediat ce apare un moment acum, orice altceva e lăsat deoparte și fiecare partener stă cu ambele picioare în prezent. A fi prezent umple timpul și spațiul” (p. 54).

Un an mai târziu, am învățat-o pe Maggie să practice mindfulness, stând sus pe un tron închipuit, concentrată asupra refluxului și fluxului respiraţiei care se mișcă încet prin corp. A învățat să stea calmă, plină de încredere și absorbită, vreme de 10 minute întregi, observându-și sentimentele și toate poveștile pe care le spun acestea, venind și plecând, apărând și dispărând, în vreme ce ea rămâne stabilă acolo. A înţeles că nu trebuie să își creadă întotdeauna gândurile; putea alege să le lase în pace, să renunțe la ele. Exersa în camera ei, stând cu picioarele încrucișate în pat și găsea un adăpost în momentul prezent. Ca să-l parafrazez din nou pe Achaan Chah, Maggie a găsit lacul liniștit din pădure, unde toate lucrurile sălbatice, lucrurile înfricoșătoare, lucrurile inacceptabile ies și își beau porţia. Copiii pot învăța că toate „creaturile lor stranii și minunate" pot coexista pașnic în aceeași inimă tânără.

Jocul

Copiii mici reprezintă și exprimă simbolic ce gândesc și ce simt în propriul limbaj — limbajul jocului. Cultivând mindfulness, terapeuții își pot

îmbunătăţi atenţia şi îşi pot dezvolta alte calităţi care sunt esenţiale pentru succesul terapiei prin joc (Landreth, 2002).

Spaţiul jocului este intim şi imediat. Prin joc, copiii explorează, recreează, refac şi reiau evenimente copleşitoare din viaţa lor şi emoţii insuportabile, transformându-le în experienţe pe care ei le pot asimila. Când se joacă, pot fi mari şi puternici, îşi pot controla lumea şi pot proiecta jocul astfel încât să câştige mereu şi să nu rămână niciodată pe dinafară sau să piardă. Copiii pot crea o distanţă vindecătoare faţă de evenimente deranjante sau traumatice, făcând să li se întâmple altora şi controlându-le rezultatul.

Hilary, în vârstă de şase ani, fusese internată pentru o operaţie care să îi corecteze o malformaţie congenitală cardiacă. La câtva timp după recuperare, Hilary continua să aibă coşmaruri şi făcea pe ea. În cadrul terapiei prin joc, a organizat un joc „de-a spitalul“ în care o bandă de doctori apăreau gonind pe motociclete (Hilary se temea de motociclete) să înfigă ace în micii lor pacienţi. „Hai, nu plânge”, liniştea Hilary pacienţii. În plus, se asigura că toţi pacienţii îşi revin pe deplin după înţepături şi examinări, la fel ca ea.

În cadrul sigur şi protector al jocului asistat de terapeutul ei, Hilary a preluat conducerea unei situaţii în care anterior se simţise victimizată şi înspăimântată. Şi-a recăpătat sentimentul de încredere şi a încetat să mai facă pe ea noaptea.

Pentru a putea intra în ringul de joacă, terapeuţii trebuie să fie dispuşi să îşi abandoneze temporar modurile logice, lineare şi verbale de gândire şi de exprimare. Psihoterapeuţii clinicieni pot ajunge să se simtă confortabil cu intimitatea emoţională copilăroasă a jocului prin conştientizarea intimă a propriei experienţe subiective.

Jocul este esenţial pentru toţi oamenii. Adulţii deosebesc munca de joacă, numind în general muncă activitatea pe care o îndeplinim pentru un scop extrinsec (de exemplu, bani) şi joacă o activitate pe care o facem de dragul ei. Munca înseamnă *a face*, cu un ochi aţintit asupra viitorului, iar joaca înseamnă *a fi* — o activitate spontană, din inimă, în momentul prezent. Faptul de a fi absorbit de joacă, la fel ca în cazul meditaţiei, creşte nivelul de energie: atenţia este unificată, concentrată şi denotă mindfulness. (Poate din acest motiv au copiii atât de multă energie!)

Când munca, inclusiv practica clinică, devine joacă, descoperim că avem mult mai multă energie la finalul zilei. A fi în lumea uitată a copilăriei — proaspătă, imediată, trează, scufundată în realitatea lui aici și acum — poate fi un fel de

antrenament de mindfulness pentru minţile noastre adulte. Ne putem simți împrospătați și reînnoiți prin faptul de a lucra, a ne juca și a fi alături de micii noștri pacienți. Copiii se pot transforma în profesori puternici în dezvoltarea prezenței cu mindfulness.

Terapia de familie

Multe dintre abilitățile terapeutice discutate aici sunt la fel de relevante pentru terapia de familie și pentru terapia individuală a copilului. Unul dintre obiectivele celei mai mari părți a terapiei de familie este să sprijine înțelegerea reciprocă a părinților și copiilor. Practica mindfulness poate sprijini activitatea aceasta prin creșterea abilității terapeutului de a relaționa cu copiii și de a-i înțelege.

Una dintre marile provocări ale terapiei de familie este să rămâi imparțial în raport cu membrii familiei și, în același timp, să rămâi acordat empatic cu fiecare dintre ei. Poate fi deosebit de dificil, mai ales în momentele de emoție intensă sau de conflict. Capacitatea de a tolera afecte puternice, de a rămâne prezent în mijlocul haosului și de a fi atent la detaliile comunicării nonverbale contribuie toate la sprijinirea terapeutului de familie să navigheze apele acestea tumultuoase.

Mintea începătorului este deosebit de utilă în tratarea familiei. E efectiv

imposibil să planifici eficient ședințele de familie. Faptul de a te afla într-o încăpere cu mai mulți oameni, fiecare dintre ei cu propriul istoric și propriul program, introduce atât de multe variabile, încât singura noastră speranță e că vom fi capabili să răspundem creativ și inteligent la orice s-ar întâmpla. Starea de confort în relația cu fenomene noi, schimbătoare, clipă de clipă, pe care o dă practica mindfulness este de un real folos pentru terapeuți în condițiile acestea.

După cum voi analiza mai jos, pentru membrii familiei deschiși la așa ceva, a

practica mindfulness împreună poate oferi, de asemenea, sprijin pentru creșterea și dezvoltarea lor.

Îndrumarea parentală

Nu e de mirare că nivelul de mindfulness al părinților ar trebui să aibă un impact asupra parentajului eficient. Acordarea emoțională a părinților este esențială pentru creșterea și dezvoltarea unui copil. Mai multe studii sistemice au explorat impactul practicării mindfulness-ului asupra parentajului (Bögels, Lehtonen și Restifo, 2010; Coatsworth, Duncan, Greenberg și Nix, 2009; Duncan, Coatsworth și Greenberg, 2009; Goodman, Greenland și Siegel, 2011; Singht et al., 2010; van der Oord, Bögels și Pejnenburg, 2012) și interesul general este în creștere pentru

parentajul cu mindfulness, așa cum reiese din multiplicarea rapidă a publicațiilor populare (Kabat-Zinn și Kabat-Zinn, 1998; Kaiser Greenland, 2010; Kramer, 2004; Miller, 2006; Napthali, 2003; Placone, 2011; Rogers, 2005; Roy, 2007; Willard, 2010) și proliferarea programelor de pregătire pentru părinți. Cum am putea înțelege influența mindfulness-ului asupra parentajului?

A fi părinte este în sine o provocare. Uneori, părinții sunt supărați pe copiii lor sau înstrăinați de ei, ceea ce face dificilă relaționarea empatică. Alteori, părinții ezită să stabilească limite din cauza reticenței de a tolera deconectarea sau tensiunea care apare de obicei. Cele mai multe intervenții de îndrumare parentală se concentrează asupra uneia dintre aceste probleme, fie crescând capacitatea părinților de a relaționa empatic cu copiii (de exemplu, Faber și Mazlish, 1999; Green, 2001), fie stimulându-le capacitatea de a trasa consecințe clare, consecvente ale comportamentului (de exemplu, Barkley și Benton, 1998; Patterson, 1977). În general, psihologii dezvoltării sunt de acord că parentajul eficient presupune găsirea unui echilibru optim între aceste strategii (respectiv, a oferi cu pricepere, și iubire, și limite).

Părinții care practică mindfulness relatează adesea că îi ajută să își întărească ambele dimensiuni esențiale ale parentajului. Din motivele discutate anterior în contextul terapiei pentru copii, mindfulness-ul permite o prezență blândă,

conștientizarea conectării și deconectării, deschiderea la comunicarea

nonverbală a copilului şi capacitatea de a se alătura copilului la joacă — iar toate acestea îi ajută pe copii să simtă mai bine iubirea şi înţelegerea părinţilor lor.

La fel de importante sunt perspectiva şi răbdarea cultivate de mindfulness. Numeroşi părinţi declară că le-a fost foarte dificil să răspundă cu înţelepciune comportamentului neascultător al copiilor, reacţionând deseori din reflex, în schimb. Părintele obosit, alergat de colo până colo prin supermarket de un copil de 2 ani sau care e înfrânt într-o dispută cu un adolescent ar putea reacţiona cu furie — chiar dacă ştie că va fi contraproductiv să procedeze aşa. Chiar şi părinţii care nu ar ajunge vreodată în atenţia serviciilor de protecţie a copilului comit frecvent aceste mici „delicte parentale". Practica mindfulness îi poate ajuta pe părinţi să se confrunte cu conflictele şi propria reactivitate emoţională şi să stabilească limite potrivite cu o mai mare pricepere.

A observa copiii crescând înseamnă a fi pus faţă în faţă cu dovezile schimbării permanente, a efemerităţii în copilărie şi în viaţă în sine. A trata efemeritatea cu mindfulness le poate permite părinţilor să tolereze pierderea legăturii cu care se confruntă când stabilesc o limită dificilă sau independenţa în creştere a copiilor lor. Toleranţa aceasta oferă părinţilor mai mult balast, mai mult curaj de a sta alături de pierdere, frustrare sau dezamăgire, dând dovadă de o înţelegere înţeleaptă.

S-a demonstrat că faptul de a-i învăţa pe părinţi cum să îşi observe copiii mici şi cum să comunice cu ei cu mindfulness şi empatie creşte ataşamentul sigur, dezvoltarea cognitivă şi reglarea emoţiilor (Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir şi Parker, 2002; Fonagy şi Target, 1997; Grienenberger, Slade şi Kelly, 2005). Pe baza acestor observaţii sunt dezvoltate o serie de programe explicite de „parentaj cu mindfulness“. De exemplu, un program de parentaj cu mindfulness constă în întruniri săptămânale de grup, în cadrul cărora părinţii se angajează într-o perioadă formală de observare tăcută, care durează între 20 şi 30 de minute, şi sunt încurajaţi să observe detaliile comportamentului copilului lor, precum şi calitatea interacţiunilor copil–adult. Reynolds (2003) descrie abordarea aceasta: „Părinţii sunt încurajaţi să încetinească interior până la ritmul vieţii copiilor, astfel încât să poată observa cele mai mici detalii ale experienţei bebeluşilor lor — şi să lămurească răspunsurile emoţionale proprii, precum şi

pe acelea ale copiilor” (p. 364). Rapoartele anecdotice inițiale sugerează că programul crește nivelul de conștientizare al părinților și capacitatea lor de a înțelege comportamentul copilului lor.

Practica mindfulness ajută oamenii să vadă că toată experiența lor constă într-o serie de momente schimbătoare, iar gândurile și chiar sentimentul sinelui sunt contingente, influențate fiind de nenumărate condiții trecătoare. Înțelegerea aceasta ne ajută să luăm mai puțin lucrurile la modul personal, perspectivă absolut

esențială pentru a putea fi un părinte bun. Ajutați de mindfulness, părinții pot recunoaște mai ușor nevoile propriului copil și nu mai reacționează mânați de instinct, de mândrie sau pentru că se simt răniți. O perspectivă mai puțin personală susține mai departe capacitatea de a suporta emoții intense, când părinții încep să înțeleagă universalitatea situației în care se află: „Vai, deci asta înseamnă să fii un om adus la capătul nervilor de un copil de 2 ani“ sau „Așa e, deci, să fii părinte chinuit de frustrări din cauza copilului adolescent”. Conștientizarea cu compasiune este cea mai bună modalitate *de a fi cu* afectele intense.

Terapeuților le e mai ușor să explice strategii de parentaj alternative decât le este părinților să le implementeze. Reacțiile parentale obișnuite, automate, cu încărcătură emoțională tind să fie tenace și să se opună schimbării. Aducând cu compasiune conștientizarea asupra momentului prezent, mindfulness-ul poate ajuta părinții să se oprească pentru a vedea pașii care au condus către răspunsurile lor. Părinții se pot opri pentru a-și observa sentimentele ca răspuns la comportamentul copiilor, a-și observa intenția de a reacționa automat cu mai multă autocompasiune, răspunzând astfel, copiilor lor cu mai multă înțelepciune. Pauza aceasta oferă un moment de o importanță vitală, în care alternativele pot fi analizate cu bunătate și claritate. Pauza poate chiar să nu presupună să oprești ceva, ci doar să redirecționezi pe moment atenția de la *mindfulness-ul intern* (Analayo,

2003) către ce se întâmplă în exterior. De exemplu, Goodman și colegii săi (2012) sugerează:

Dacă feliem morcovi cu mindfulness și un copil ne solicită atenția, conștientizarea noastră poate trece de la experiența interioară concentrată

asupra morcovilor la mediul interpersonal extern (atenția acordată copilului), iar solicitarea copilului nostru devine o altă expresie a felului în care e viața, schimbându-și mereu forma și aparența. (p. 299)

Prin urmare, mindfulness-ul joacă un rol valoros în îndrumarea părinților, ajutându-i pe aceștia (1) să dea dovadă de mai multă compasiune și iubire pentru copiii lor, (2) să își privească propriul comportament cu o mai mare obiectivitate și (3) să stabilească mai abil limite. Practicarea mindfulness-ului de către părinți poate îmbrăca forma simplă prin care acestora li se solicită să observe cum se manifestă emoțiile în corpul lor atunci când sunt cu copiii. Când observă că devin agitați ca răspuns la copil, părinților li se poate arăta cum să își urmărească respirația sau să fie atenți la ce-i înconjoară. Pentru cei receptivi, mindfulness-ul se poate transforma într-o activitate de familie.

Exerciții de mindfulness pentru copii

MAGIE CU MINDFULNESS

Ce are mindfulness-ul magic? Nu putem muta atenția sus, jos, într-o parte — oriunde vrem! Ne putem imagina lucruri (să ne prefacem că sunt reale!) și ne putem juca în minților noastre. Și putem face asta de unii singuri sau alături de prieteni. E o magie pe care o folosim pentru lucruri bune, cum ar fi să ne simțim în siguranță, veseli, împăcați și liberi. Când ne simțim veseli și fericiți, vrem ca toți cei pe care îi iubim și la care ținem — și toți din lume, inclusiv plantele și animalele — să fie împăcați și fericiți.

CORPUL MAGIC

Exercițiul acesta pentru fericirea și bunăstarea trupurilor noastre este ușor de adaptat pentru preșcolari prin scurtare și simplificarea cuvintelor. Pentru copiii mai mari, poate fi lungit adăugând mai multe detalii (gât, umeri, brațe, mâini, degete, stânga, dreapta etc.). Copiii pot exersa stând întinși după ce se trezesc dimineața sau înainte să se culce, sau așezați confortabil oricând. Poți închide ochii sau îi poți lăsa deschiși, cum ți se pare ție mai comod.

• Începe prin a inspira și a expira din burtă de trei ori, simțind cum fiecare

respirație îți intră în corp, umplându-ți pieptul și burta, simțind apoi cum

respiraţia se relaxează delicat înapoi în aerul care te înconjoară.

• Apoi îndreaptă-ţi în mod magic atenţia asupra capului tău minunat. Ce grozav e să ai cap! Observă toate lucrurile pe care le poţi face cu capul, să dai din el ca să spui da, să îl clatini ca să spui nu, să gândeşti şi să înveţi cu creierul. Spune-ţi în gând „Fie să fie fericit capul meu".

• Prin intermediul magiei mindfulness, îţi poţi muta atenţia asupra feţei. Apreciază toate lucrurile uluitoare pe care le face faţa, ochii văd, nasul miroase, gura gustă, vorbeşte, cântă, zâmbeşte, râde, plânge... acum, doreşte-ţi: „Fie ca faţa mea să fie fericită".

• Când îţi muţi magia mindfulness asupra braţelor şi mâinilor, le poţi simţi relaxându-se. Braţele şi mâinile sunt cu adevărat magice, pot juca tot felul de jocuri, pot avea grijă să te îmbrace şi să te hrănească. Poţi îmbrăţişa pe cineva, te poţi ţine de mână, te poţi întinde şi poţi face cu mâna. Ca mulţumire, doreşte-ţi: „Fie ca braţele şi mâinile mele să fie fericite".

• Simte cum inspiraţia îţi umple pieptul şi burtica, simte cum expiraţia te relaxează şi lasă totul deoparte. Poţi trata cu mindfulness felul în care îţi bate inima şi felul în care îţi respiră respiraţia zi şi noapte, sănătoasă şi puternică. Respiraţia şi bătăile inimii îţi sunt alături în fiecare moment al vieţii

tale, adormit sau treaz fiind. „Fie ca inima mea să fie fericită."

• Mută-ţi prin magie atenţia asupra picioarelor şi labelor picioarelor. Le poţi mulţumi pentru că te poartă oriunde vrei să mergi, pentru că alergi, sari, şezi, călăreşti, dansezi, dai din picioare, stai în picioare, te întinzi ca să te odihneşti. „Fie ca picioarele şi labele picioarelor mele să fie fericite."

• Dacă ai trupul rănit sau nu te simţi bine, poţi folosi magia mindfulness pentru a-ţi orienta atenţia către orice are nevoie de nişte iubire. Nu uita că trupul tău ştie cum să se facă bine — chiar ai un corp magic! Îţi poţi dori: „Fie să fiu bine şi fericit".

COVORUL FERMECAT

Mindfulness-ul te poate ajuta să găseşti un loc sigur în tine, chiar şi atunci

când lucrurile din afară sunt înspăimântătoare. Iată cum să găseşti locul acesta sigur folosind covorul magic al mindfulness-ului.

• Închide ochii şi stai în liniște o clipă. Imaginează-ți că ești așezat pe un covor fermecat. Imaginează-ți că acel covor fermecat te poate purta până la cerul senin, călduţ şi însorit. Chiar dacă e înnorat sau plouă, deasupra norilor soarele strălucește cu putere. Imaginează-ți că stai pe covorul tău,

plutind printre nori. Nu te grăbi. Simte ce pașnic e să privești lumea de deasupra tuturor. Privește ce mici par toate de aici, de sus.

• Acum cere-i covorului fermecat să te ducă înapoi pe pământ şi să te lase jos într-un loc sigur. Locul acesta sigur ar putea fi colţul unei camere sau un loc de sub un copac, sau o ascunzătoare secretă, sau orice loc în care te simți protejat, confortabil, în siguranţă, la adăpost şi e călduţ. Imaginează-ți că aterizezi delicat acolo, cum arată, ce vrei să fie acolo. Simte ce bine e să fii în siguranță şi protejat. Simte cum trupul tău se poate relaxa în locul sigur, cum mintea poate fi împăcată. Poți merge oricând în locul acesta sigur. Îți poți imagina că iei cu tine jucăria preferată sau că inviți un prieten bun să zboare acolo cu tine, pe covorul fermecat. Ca să fii şi mai în siguranţă, îți poți imagina câți lei de pază sau zâne bune sau luptători ninja vrei tu să îți apere spațiul. Rămâi în locul acesta apărat o vreme, până ştii că poți fi în siguranță şi puternic.

• Acum ești aproape gata să te laşi dus înapoi de covorul fermecat. Pe măsură ce te pregătești de plecare, imaginează-ți că iei cu tine locul acesta sigur. Folosind mindfulness, poți pune locul acesta sigur oriunde, în buzunar sau chiar în inima ta. Găsește locul din tine în care poți fi în liniște, protejat, în siguranță şi unde te simți confortabil. Mindfulness-ul te ajută să îți

amintești propriul loc special şi sigur, unde te poți simți bine chiar şi atunci când ai parte de greutăți. Iar mindfulness-ul nu se teme, nici măcar atunci când lucrurile sunt înfiorătoare; când te temi, mindfulness-ul ştie şi înțelege.

• Lasă covorul fermecat să te aducă înapoi în siguranță. Poți sări pe el oricând îți amintești şi poți să revii la locul sigur. Iar acum, că ai revenit, mindfulness-ul te va ajuta să ții minte; porți mereu în tine protecția şi siguranţa locului tău special.

FERICIREA MAGICĂ: CUM SĂ FII FERICIT CHIAR AICI, CHIAR ACUM

CE MĂ FACE FERICIT?[20]

Materiale: reviste vechi cu poze, foarfecă, lipici, creioane colorate, markere, cretă colorată, vopsea, hârtie.

Putem spune că există două feluri de fericire: fericirea mâncatului de dulciuri şi fericirea păcii interioare. Una vine de la recompense, cum ar fi o jucărie nouă sau o bucată de tort. Celălalt tip de fericire vine de la o minte plină de pace, ca atunci când te simți iubit complet de adulții tăi.

Primul tip de fericire nu durează... al doilea tip de fericire e autentic, mai

larg, mai profund, ca un ocean.

Fă un colaj cu diferite lucruri care te fac fericit, ca, de exemplu, să mănânci un cornet de înghețată sau să îmbrățișezi pe cineva. Dacă nu găsești imaginea, desenează-o. Când ai terminat, fă două liste: fericire pe termen scurt şi fericire pe termen lung. În care listă se regăsesc fiecare dintre felurile tale de fericire? Pe o altă foaie, fă un desen mai mare cu exemplul tău preferat de fericire.

Fă trei paşi:

1. Să mă bucur de lucrurile care mă fac fericit.

2. Să observ când sunt trist.

3. Mai târziu, când nu mai sunt trist, să mă gândesc la ce m-a întristat şi să încerc să înțeleg şi să schimb.

MINGEA MAGICĂ[21]

Aceasta e o variație a meditației cu bunătate iubitoare, în cadrul căreia copiii sunt încurajați să își ofere dorințele prietenoase altor oameni. Copiii se prefac că își creează o minge enormă şi că o umplu cu dorințele lor prietenoase pentru alți oameni şi pentru lume. Când toată lumea a avut ocazia de a-şi

adăuga

dorințele la mingea închipuită, grupul mimează că aruncă mingea spre cer și apoi își imaginează că mingea va pluti prin lume, aducând tuturor dorințe prietenoase, pretutindeni. Nu uita: a încuraja elevii să trimită dorințe prietenoase nu este același lucru cu a încuraja elevii să schimbe ceea ce simt pentru cineva sau să placă pe cineva neplăcut. Oferă elevilor ocazia de a-și imagina o lume mai iubitoare, mai liniștitoare și mai sigură. Trimiterea dorințelor prietenoase este una dintre cele câteva practici care le oferă elevilor o experiență directă a legăturii minte/corp. Vor observa că există o diferență între cum se simt corpurile lor când au căldură în suflet și le doresc binele celorlalți, comparativ cu ce simt trupurile lor atunci când sunt nervoși sau supărați.

• Ghemuiește-te cu mâinile întinse (în cerc, dacă e vorba despre un grup), ca și cum ai ține o minge mare. Imaginează-ți cum arată mingea, ce culoare are etc.

• Cere fiecărui copil să rostească o dorință prietenoasă pentru cineva sau pentru lume și să mimeze că o pune în minge. Dorințele se pot adăuga una câte una. Pe măsură ce mingea imaginară crește, mimează că ții o minge mai mare și mai grea.

• După ce au fost puse toate dorințele în minge, numără până la trei și

mimează că arunci mingea către cer și îi faci cu mâna, în semn de rămas-bun. Imaginează-ți că mingea duce dorințele tuturor celor aleși și/sau tuturor oamenilor din lume.

Practica mindfulness și activitatea clinică alături de copii se hrănesc reciproc. Ambele ne învață să accedem la un sentiment perceput al lumii copiilor, unde suntem liberi să nu ne mai luăm atât de în serios ideile, să ne rupem de tiparele familiare ale reactivității emoționale și să ne conectăm cu caracterul nostru jucăuș, creativitatea și deschiderea înnăscute. Cultivarea prezenței prin practica mindfulness ne ajută să ne dezvoltăm o atenție mai vie, din toată inima, pentru experiența copilului și pentru a noastră. Propunându-și să aplice mindfulness, să fie prezenți și deschiși, terapeuții și părinții pot învăța să își întâlnească odraslele acolo unde locuiesc — în momentul acesta prețios,

relaţional, transformaţional — care e singurul moment pe care îl avem.

---

[20] Exerciţiul acesta e retipărit din *Planting Seeds: Practicing Mindfulness with Children* (2011) de Thich Nhat Hanh şi Plum Village Community.

[21] Exerciţiul acesta e retipărit cu permisiunea lui Susan Kaiser Greenland, care a iniţiat Copiii Interiori şi Programul de conştientizare cu mindfulness Copiii Interiori

destinat copiilor, adolescenţilor şi familiilor acestora şi este autoarea cărţii *The Mindful Child — Copilul în starea de mindfulness* (2010).

Partea a IV-a

Trecut, prezent și promisiuni

Chiar dacă practicile mindfulness pot fi extrem de utile pentru tratarea unei game variate de afecţiuni clinice, nu acesta a fost scopul lor original. În schimb, ele și-au propus să aducă o transformare radicală a conștiinței umane — eliberarea de suferința inerentă condiției umane. Capitolul 14 se îndreaptă spre trecut pentru a explora principalele insight-uri ale psihologiei budiste și felul în care practicile mindfulness se potrivesc cu modul în care tradiţia aceasta înțelege suferința și ușurarea ei. Capitolul 15 revine rapid asupra lumii noastre moderne științifice și prezintă o analiză a cunoștințelor noastre în expansiune rapidă cu privire la neurobiologia practicilor mindfulness și abilitatea noastră de a schimba funcţional și structural creierul. Capitolul 16 ne orientează spre viitor, investigând paralelele dintre psihologia pozitivă și insight-urile budiste referitoare la cum am putea noi și pacienții noștri să ducem vieți mai bogate, mai încărcate de semnificație.

CAPITOLUL 14

Rădăcinile mindfulness

Andrew Olendzki

Viața, persoana, plăcerea și durerea: toate acestea sunt unite într-un eveniment mental singular, un moment care are loc cu repeziciune.

BUDDHA (Maha Nidedesa, citat în Olendzki, 1998)

Studiile empirice demonstrează eficienţa mindfulness-ului asociat ameliorării problemelor psihologice şi fizice, iar cercetătorii moderni încep să identifice elementele esenţiale ale mindfulness-ului în mediul clinic. Poate părea complet inutil să stabilim o legătură între mindfulness şi rădăcinile sale istorice şi filosofice, dar accepţiunea antică a mindfulness-ului trece cu mult dincolo de ceea ce se are în general în vedere în psihoterapia modernă. Prin urmare, ne-ar putea fi de folos să privim contextul istoric al mindfulness-ului și sistemul de gândire din spatele a ceea ce numim acum psihologia budistă.

Practica de a fi foarte atent la detaliile experienţei prezente a cuiva este,

probabil, la fel de veche ca omenirea în sine. Însă faptul de a face acest lucru în mod deliberat şi structurat pare a avea rădăcini deosebit de adânci în tradiţiile religioase ale Indiei antice. În pădurile şi câmpiile aflate de-a lungul malurilor Indului şi Gangelui, oamenii au început să exploreze nuanţele experienţei perceptuale, folosind metode pe care oamenii moderni de ştiinţă le-ar recunoaşte ca fiind empirice, experimentale şi repetabile — chiar dacă sunt în totalitate introspective. Derulat pe parcursul ultimelor patru milenii, programul acesta de studiu individual a dat naştere unei ştiinţe descriptive a minţii şi corpului, care prezintă din ce în ce mai mult interes pentru gânditorii contemporani.

Tradiţiile hindusă şi budistă păstrează insight-uri antice cu privire la funcţionarea experienţei umane, fiecare dintre ele lăsând o moştenire bogată de material psihologic sofisticat. Psihologia teoretică budistă, în special, articulează un model al conştiinţei umane care pare remarcabil de postmodern, bazat pe o viziune de tip proces asupra sistemelor

noncentralizate, interdependente, de procesare a datelor percepute cu ajutorul simțurilor și de construire a identității. Psihologia sa aplicată este ancorată în practica meditației, care poate merge de la meditație, prin diferite etape ale concentrării, până la insight-uri cu rol transformativ, care pot restructura fundamental organizarea minții și corpului. Cea mai elementară și accesibilă formă a artei meditative indiene antice, numită în volumul acesta *meditație cu mindfulness*,

începe să aibă un efect semnificativ asupra unei game largi de profesii științifice și terapeutice contemporane.

Originile antice

O perspectivă unică asupra condiției umane

Fiecare în felul său, școlile de gândire antice budistă și hindusă au împărtășit perspectiva că existența umană se centrează în jurul unui nod de percepție conștientă, identificată mai mult sau mai puțin ca un suflet, inclus într-un aparat senzorial care dă naștere deopotrivă experiențelor plăcute și neplăcute. Natura acestei existențe este fragilizată de faptul că durerea este inevitabilă, plăcerea de durată nu poate fi obținută și oamenii au o capacitate limitată de a se vedea pe sine sau lumea lor foarte clar. Moartea nu oferă o soluție la această dilemă existențială pe care ei o numeau *dukkha* (tradusă aproximativ din pali prin *suferință*), pentru că ei credeau că o persoană pur și simplu plutește de la o viață la o alta, fără pauză. De fiecare dată, o persoană se va întâlni cu boală, răni, îmbătrânire și moarte. Agenda religioasă a Indiei antice era organizată în jurul eliberării sufletului din succesiunea aceasta de renașteri și suferință și, în cadrul acestui proces, avea ca scop atingerea unei forme de omniscință profundă.

Pentru noi e ceva foarte interesant; din cauza accentului pus pe conștientizare și experiența directă, problemele puse de aceste tradiții antice și soluțiile oferite au o orientare psihologică familiară. Spre deosebire de religiile occidentale dominante, care se fundamentează pe o narațiune istorică și vin la pachet cu sisteme specifice de credință, budismul și contemporanele sale erau mai degrabă agnostice în materie de revelație metafizică și se concentrau, în schimb, asupra experienței interioare a practicantului.

Nu există o anumită explicație religioasă a motivului pentru care ființele se trezesc în mijlocul unei experienţe nesatisfăcătoare, caracterizate prin suferință, şi nu au pe cine să cheme să îi scape. Dar, prin examinarea atentă a situației, pot începe să înțeleagă cum le este produsă suferința şi pot învăța astfel cum să acţioneze pentru a desface condițiile care produc disconfortul. În tradițiile acestea, suferința psihologică şi existențială sunt înțelese şi îşi au originile în pornirile şi reflexele umane elementare, care sunt, în cea mai mare parte, inconştiente şi deci par a fi în afara posibilităţii de control. Însă acestea pot fi, de fapt, descoperite, răspunsurile comportamentale pot fi modificate şi este posibilă reprogramarea substanțială a minții şi corpului, astfel încât să le evite neajunsurile instinctuale. Pentru aceasta e necesară o transformare psihologică radicală.

Toate şcolile timpurii împărtăşeau perspectiva conform căreia oamenii

participă activ la mişcarea nesfârşită a acestei roți nesatisfăcătoare a vieții, printr-o combinație de dorință şi ignoranță. *Dorința* este compulsia profundă de a căuta plăcerea şi de a evita durerea, iar *ignoranța* indică spre natura inconştientă şi neexaminată a celor mai multe dintre atitudinile şi presupunerile noastre despre natura lucrurilor. Împreună, acestea condiționează felul în care ne construim realitatea, sărind de la un moment la altul, încercând, de obicei doar cu un succes limitat, să satisfacem o serie de nevoi egoiste şi pe termen scurt.

Importanţa experienţei

Tradiția intelectuală occidentală îmbrățişează raționalitatea pentru a guverna natura umană nesupusă. Înclinația aceasta rațională poate fi observată în sistemele legale, ale filosofiei sociale şi psihologiei, elegante şi elaborate. În tradițiile asiatice antice, se considera că instrumentele raționale şi conceptuale pe care le apreciem atât de mult în Occident sunt folosite adesea doar pentru a raționaliza şi a justifica pornirile noastre în loc să ne ajute prea mult să ne înțelegem exact categoriile. Aşadar, nu se considera că rațiunea ar fi de mare ajutor. Adevărurile antice revelate, atât de apreciate de tradițiile vestice, erau privite şi ele cu neîncredere, pentru că nu exista nicio asigurare că primul dintre orbii care au dus tradiția mai departe chiar

ştiuse sau văzuse ceva prin experiența sa directă. Era necesar un alt set de

instrumente pentru a face lumină asupra încurcăturilor corpului şi minţii, care ţineau sufletul legat de suferinţă, iar în acest punct, yoga, ascetismul şi meditaţia au devenit vehicule esenţiale pentru autoexplorare şi autotransformare.

Yoga, în contextul său original, presupunea disciplină, conectarea minţii şi trupului, legarea amândurora de voinţă şi legarea vieţii umane de un scop superior al descoperirii. Presupunea (şi încă poate presupune, în funcţie de practicant) ascetism şi meditaţie, fiecare dintre ele acţionând pentru a slăbi legăturile care leagă sufletul de suferinţă. Ascetismul vizează dorinţa, privând mintea şi corpul de ce dorește cu ardoare. În practica abţinerii, se poate simți aroma dorinţei, se poate întoarce şi examina textura acesteia şi se poate expune puterea pe care o are asupra organismului psihofizic. Meditaţia ține mai mult de a învăța să observi şi să conştientizezi profund ce se desfăşoară în minte şi trup clipă de clipă. Şlefuind o experienţă mereu mai acută a prezentului, practica meditaţiei aruncă lumină asupra proceselor care sunt altfel invizibile din cauza subtilităţii lor sau trecute cu vederea din cauza ubicuităţii lor. Toate tehnicile acestea de explorare experienţială au fost dezvoltate şi cultivate de-a lungul mai multor secole, iar ştiinţa generată de ele privind funcţionarea minţii şi corpului a crescut proporţional.

Meditaţia are multe elemente în comun cu demersul ştiinţific al observaţiei

empirice. Un aspect priveşte pur şi simplu datele referitoare la transmiterea cât se poate de obiectivă a experienţei fenomenologice, folosind aparatul conştientizării introspective directe, nu un microscop sau un telescop. Până de curând, meditaţia nu a fost disponibilă pentru măsurători externe. Şi totuşi, este prin natură experimentală în sensul că se observă cu atenţie efectul diferitelor schimbări interne şi externe asupra experienţei, iar tehnicile şi observaţiile sale s-au dovedit a fi mai mult sau mai puţin replicate de oricine se supune rigorilor sale. Din acest motiv, practicile acestea nu sunt atât de străine şi de exotice pentru cercetătorul psihologic modern şi ştiinţele antice ale minţii şi trupului sunt invitate să contribuie la investigaţiile contemporane privind conştiința şi comportamentul uman.

Construirea experienței

Emergența conștiinței

Practicile contemplative ale Indiei antice au dat naștere unei modalități foarte diferite de a privi ceea ce numim, în general, *sinele* și *lumea*. Sentimentul identității pe care fiecare individ și-l dezvoltă și noțiunea pe care o are fiecare despre lumea din care face parte sunt considerate de tradiția budistă un proiect complicat de construcție. E un edificiu atât de complex și de nuanțat, încât sunt necesari ani de

dezvoltare atentă și o uriașă cantitate de energie, enorm de multă atenție pentru a-l menține. Universul nostru este un univers al macroconstrucției, în care datele furnizate permanent de simțuri și de diferitele procesări interne sunt canalizate în structuri și organizate în scheme care susțin o sferă de semnificație complet sintetică — o realitate virtuală.

Mintea e un organ care construiește lumea, care unește piesele unui cosmos din haosul de date care curg prin intermediul simțurilor cu o viteză uluitoare. Încă de la cea mai fragedă vârstă cu putință, ființele umane trebuie să învețe cum să facă asta și cea mai mare parte a dezvoltării din copilărie presupune marșul (într-o ordine rezonabilă, sperăm) prin diferite stadii, din ce în ce mai complexe și, e de presupus, mai adaptate, pe durata cărora copilul învață să perceapă lumea ca fiind populată cu obiecte stabile care pot fi cunoscute cu precizie. E un proces delicat și se pot întâmpla multe. Deși construirea treptată a identității, care se derulează pe durata întregii vieți, e un subiect studiat pe îndelete de psihologia dezvoltării, tradiția budistă are mult mai mult de spus despre cum construirea lumii poate fi privită și ca un fenomen care se produce permanent, care are loc în fiecare moment.

Procesul prin care se construiește conștiința implică o serie de componente (vezi Figura 14.1.). Conform analizei budiste clasice, cea mai mică unitate perceptibilă a experienței este un moment de *contact* între un organ senzorial, un obiect al

simțului și conștientizarea acelui obiect. Uniunea acestor trei factori, fiecare dintre ei fiind produsul unui întreg proces, aprinde un incident sintetic al cogniției umane, un episod de discernământ senzorial, un eveniment de „a ști" care constituie miezul în jurul căruia este stratificată existența umană conștientă. *Conștiința* este deci un fenomen emergent, condiționat, care se

manifestă într-o serie de apariţii de moment, fiind simultan agentul, instrumentul şi activitatea conştientizării (Bodhi, 2000).

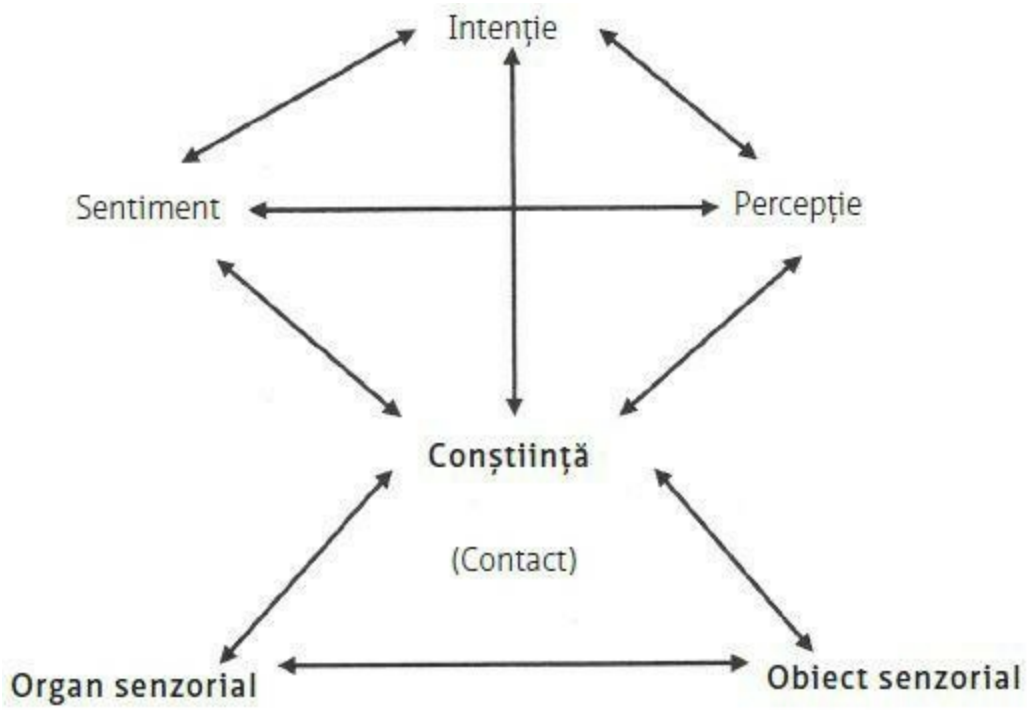


FIGURA 14.1. Construirea interdependentă a experienţei.

Modul de apariţie a experienţei conştiente este codeterminat de natura organului şi de obiectul conştientizării, cu care e interdependent. Îl numim *văz* când

ochiul e folosit pentru a discerne un obiect vizibil, *auz* când este implicată urechea pentru a observa un sunet şi, în funcţie de suportul senzorial, conştiinţa se poate manifesta ca *miros*, *gust*, *atingere* sau *gândire*. Aceasta din urmă este, de fapt, mult mai diversă decât acoperă, de obicei, termenul *gândire* şi include orice eveniment mental care nu este deja inclus în una dintre celelalte cinci modalităţi senzoriale. Conform analizei budiste, tot ce putem experimenta apare într-una dintre aceste şase modalităţi, iar toată lumea noastră de experienţă se ţese cu firele unor astfel de unităţi simple ale conştientizării.

Foarte interesant pentru filosof, dacă nu şi pentru psiholog, e că, din perspectiva aceasta, niciunul dintre cele trei elemente de contact nu este

primar ontologic; niciunul nu posedă un rol privilegiat şi de durată. Lumea materială aflată probabil dincolo de obiectele senzoriale este irelevantă pentru analiza situaţiei umane într-o clipă de conştientizare: organele nu sunt în slujba unei entităţi care „are" experienţa, iar conştiinţa nu este ceva ce poate exista în afara clipei în care este pusă în scenă. Mintea nu poate fi redusă la materie în cadrul acestui model, iar materialitatea nu este o proiecţie a minţii. În schimb, fiecare este o faţetă la fel de importantă a unui singur organism psihofizic, care nu *există*, ci, mai degrabă, *se produce*. Gândirea budistă timpurie manifestă un nivel redus de interes faţă de speculaţiile conceptuale privind astfel de chestiuni, alegând în schimb să se alăture unei

fenomenologii empirice riguroase. Ceea ce se poate vedea derulându-se sub verificarea minuţioasă a momentului este considerat mult mai interesant şi folositor decât teoretizarea pornind de la abstracţiuni.

Percepţia şi sentimentul

Momentul de contact dintre organe, obiecte şi conştiinţă reprezintă sămânţa în jurul căreia se cristalizează o manifestare mai complexă a minţii. Alături de cele trei mai apar şi percepţia, sentimentul şi intenţia. În cadrul psihologiei budiste, termenii aceştia au semnificaţii unice şi precise.

Percepţia presupune o serie de funcţii asociative, care sunt învăţate treptat, în timp, şi care sunt condiţionate puternic de factori precum limbajul şi cultura. Oferă informaţii de evaluare despre felul în care subiectul priveşte şi construieşte experienţa momentului; tot ce se vede e *văzut ca* fiind ceva; astfel, fiecare experienţă vizuală este procesată automat în lumina unei înţelegeri anterioare.

În acest sens, percepţia nu reprezintă înregistrarea pasivă a lumii, dobândită prin intermediul simţurilor şi reprezentată cu acurateţe la nivelul conştientizării. De fapt, este un proces creativ de construire şi categorisire, bazat pe experienţa anterioară şi pe aplicarea de categorii moştenite din mai multe surse. Prin urmare, nu e

corect să spunem că percepem cu acurateţe ce e dat; actul percepţiei merge deseori mai departe de datele prezentate simţurilor, omiţând poate detalii sau adăugând informaţiile care lipsesc. Percepţia este influenţată, de asemenea,

de stările datorate pornirilor; când ne e foame, cresc șansele de a observa restaurantele în raport cu momentele când nu ne este. Perspectiva aceasta este familiară psihologiei perceptuale occidentale.

Procesul acesta oferă o oarecare eficiență, deși, cum ar spune budiștii, cu prețul unei distorsionări și proiecții considerabile. Aspectul creativ al percepției apare fără să ne dăm seama de contribuția pe care o aducem experienței senzoriale (Bruner, 1973). Același lucru este valabil și pentru celelalte simțuri, inclusiv perceperea tuturor experiențelor cognitive nonsenzoriale, cum ar fi visatul, planificatul și imaginația. Construirea reflexivă a percepției este ubicuă pentru toată activitatea mentală, ca și pentru fiecare moment de experiență a simțurilor.

Sentimentul este un cuvânt folosit în vocabularul budist tehnic pentru a indica tonul afectului asociat fiecărui obiect senzorial sau cognitiv. Cunoașterii brute aferente fiecărui moment de experiență i se adaugă un ton hedonist, astfel încât totul să fie *văzut* ca fiind plăcut, neplăcut sau neutru. Acest ton al simțirii este, de asemenea, o parte naturală și automată a procesării fiecărui obiect cunoscut în fiecare dintre cele șase moduri de a cunoaște (văz, auz, miros, gust, atingere sau

gândire) și este legat inextricabil de modul în care e construit un moment.

În unele situații, claritatea sau forța acestei încărcături este redusă, caz în care se spune despre tonul sentimentului că nu e nici plăcut, nici neplăcut, însă, chiar și atunci când sentimentele sunt neutre, ele joacă un rol important în textura momentului. Și procesul acesta se produce, în mod normal, în afara conștientizării, deși devine un obiect al atenției în meditație.

Pentru a rezuma: până acum se considera că experiența include cinci factori interdependenți — un organ, un obiect, conștiința, percepția și sentimentul, toți aceștia apărând și dispărând împreună în perspectiva meditatorului atent.

Rolul intenției

Un alt element psihologic important — acela al *intenției* — se adaugă și el acestui model de factori care apar în permanență. Intenția implică atitudinea pe care o iei față de ce se întâmplă în experiență; este poziția intențională pe

care o ia cineva în orice moment dat. Cuvântul e folosit nu în sensul obiectivului înspre care e direcţionată acţiunea, ci mai degrabă în acela al *calităţii emoţionale a minţii* în momentul în care e iniţiată acţiunea. În vreme ce alţi factori contribuie în primul rând la faptul că *ştim* ce se întâmplă în interior sau în mediu, intenţia e mai degrabă

o chestiune care ţine de ce *facem* în privinţa respectivă. În vreme ce obiectele apar organelor perceptive şi abia dacă sunt observate de conştiinţă şi, în vreme ce percepţia şi sentimentul ţin cumva mai mult de modelarea semnificaţiei subiective a obiectului, intenţia este o funcţie mai activă şi creativă, cu un impact semnificativ asupra felului în care e organizată experienţa de moment şi prezentată de către minte.

Intenţia poate avea o manifestare activă, de exemplu, într-un moment de ataşament sau aversiune faţă de experienţa prezentă, o postură intenţională de a accepta sau de a respinge ce se întâmplă. Altfel spus, intenţia este factorul care răspunde calităţilor plăcute sau neplăcute ale experienţei care apare, prin încercarea de a păstra sau a perpetua experienţa sau de a o respinge sau de a-i pune capăt. Acesta e principiul plăcerii descris de Freud (1920/2010a), în acţiune microscopică.

Intenţia se manifestă ca acţiune şi când activităţile corpului, vorbirii şi minţii sunt iniţiate — fie conştient, fie inconştient — de opţiunea sau decizia de a te comporta într-un fel sau altul. O *dispoziţie de a răspunde* circumstanţelor, mental sau comportamental, într-un fel sau altul, într-un mod caracteristic sau tipic, reprezintă o exprimare a influenţei pasive, subtile a intenţiei. În termenii psihologiei occidentale, dispoziţiile se aseamănă cu trăsăturile. Dispoziţiile se învaţă din experienţă. Am putea să le numim, de asemenea, comportamente învăţate, răspunsuri

condiţionate sau caracteristici ale personalităţii.

Conform psihologiei budiste, o persoană este modelată în permanenţă de acţiunile sale anterioare şi de dispoziţiile ce rezultă. Personalitatea este compusă din pachete de astfel de dispoziţii, aşezate şi modificate regulat de-a lungul vieţii şi pe baza acestor tipare acumulate sunt modelate intenţiile, percepţiile şi sentimentele din momentul următor.

Fiecare acţiune este astfel condiţionată de toate acţiunile anterioare, iar fiecare acţiune are, de asemenea, un efect asupra tuturor acţiunilor care urmează. În India antică, termenul sanscrit pentru acest proces era *karma*. Marea roată a vieţii, prin intermediul căreia fiinţele care simt „curg mai departe" (modul în care concepeau ei mecanismul renaşterii) de la o viaţă la alta, funcţionează şi la nivel de microcosmos: fiinţele plutesc de la un moment la următorul, fiind formate în permanenţă de sinele anterior şi, la rândul lor, formând şi reformând în permanenţă sinele şi lumea lor în fiecare nouă clipă. Aceasta e renaşterea în termeni psihologici: fiecare moment este creat de la zero din condiţiile evenimentelor anterioare. Fie că e interpretată ca petrecându-se între vieţi sau între clipe, noţiunea budistă de renaştere implică o *re-formare* perpetuă a identităţii şi nu re-emergenţa unei entităţi fixe, sugerate de cuvântul *reîncarnare*.

Sinele

Construcţia sinelui

Din imaginea aceasta de ansamblu elementară a psihologiei budiste putem observa că persoana este privită ca un proces al unor sisteme dinamice în continuă desfăşurare, răspunzând unui mediu care se schimbă şi se remodelează în permanenţă, pe măsură ce construieşte o ordine cu semnificaţie din datele externe şi interne ale fiecărui moment. Sunt instalate mecanisme pentru a învăţa din experienţă şi a reţine informaţii, iar aceste structuri se stabilizează cu timpul, astfel că fiecare persoană dobândeşte un set unic de caracteristici. Unele proprietăţi ale întregului sistem se schimbă cu mare repeziciune, de obicei, ca reacţie la nişte stimuli noi care apar, în vreme ce alte elemente ale caracterului se schimbă foarte puţin sau foarte etapizat.

Chiar dacă procesul acesta este fundamental impersonal, pe măsură ce sistemul devine suficient de complex, începe să se aplice cuvântul *sine*, aducând o dimensiune cu totul nouă modelului. Atâta vreme cât organismul psihofizic poate fi privit ca un proces complex, dar impersonal, se poate păstra o oarecare detaşare intelectuală şi emoţională. Însă atunci când sinele apare în experienţă ca entitate

existenţială — când subsistemele ajung să fie percepute eronat ca *aparţinând*

cuiva sau ca fiind *posedate* de o persoană — atunci organismul începe să răspundă în moduri foarte diferite.

Conform analizei budiste clasice, aplicarea termenului *sine* este o neînțelegere care produce considerabile dificultăţi inutile. O mare parte a acestei neînțelegeri are la bază tocmai felul în care mintea a evoluat pentru a procesa informaţiile. În mod necesar, ea distorsionează realitatea în moduri importante pe trei niveluri diferite ale scalei: percepția, gândirea și perspectiva.

Pentru început, mintea își ia informații de la o curgere neîntreruptă a fenomenelor care se prezintă la porțile simțurilor. Percepția constă în pachete fixe de date extrase din acest mediu de flux perpetuu, care contribuie la construirea de momente de stabilitate aparentă dintr-o lume inerent instabilă. În terminologie budistă, mintea creează artificial momente de permanență virtuală dintr-un univers intrinsec efemer. Distorsiunea aceasta e replicată la niveluri superioare ale procesării. Gândurile, operațiuni de nivel superior construite pornind de la astfel de pachete de percepții, constau și ele în imagini și concepte staccato, iar perspectivele sau convingerile sunt un alt set de atitudini și obiceiuri ale minții oprite arbitrar.

Cea mai importantă formă de distorsiune fundamentală pentru modul în care operează mințile noastre presupune crearea noțiunii de sine din ceea ce este, în

esență, un proces impersonal. Sinele este expresia unui anumit tip de perspectivă distorsionată, situație care se dezvoltă treptat din percepțiile eronate, până la crearea unor seturi întregi de gânduri dezinformate și, în cele din urmă, se ajunge la un sistem de convingeri adânc înrădăcinat, care se impune apoi tuturor percepțiilor și gândirii. Aici vedem din nou un tipar ciclic de autoîntărire. Percepțiile dau naștere gândurilor, care se constituie în convingeri, care influențează apoi percepția.

Când sistemul operează la nivel optim, permite creștere, învățare și transformare. Dar când este prost informat fundamental, poate da naștere și unei cantități considerabile de iluzii. Iar asta e ceea ce spun budiștii că se întâmplă în cazul credinței ubicue în sine ca o categorie definitorie a psihologiei umane. Ei nu neagă că tiparele stabile din sistemul acesta de

procesare a informațiilor îndeplinesc o funcție utilă — poate chiar crucială — în organizarea experienței. Însă necazurile încep să apară atunci când sinele construit devine principalul principiu organizator, când este investit nerealist cu unele calități pe care nu le posedă din naștere și, mai important, când devine nodul în jurul căruia fuzionează comportamentele neadaptate. Sinele ajunge să fie resimțit ca un element central și dominant al vieții psihice, interpretând eronat drept o entitate durabilă ceea ce nu este decât o serie de tipare contingente într-un flux constant.

Sinele ca o cauză a suferinței

Înțelegerea eronată a naturii sinelui dă naștere suferinței, fiindcă modelează răspunsul nostru la experiențe plăcute și dezagreabile. Deși plăcerea și durerea reprezintă o parte naturală a experienței fiecărui moment, *dorința* reflexivă ca plăcerea să continue sau ca durerea să înceteze introduce un element diferit, care nu era prezent original în cele mai elementare componente ale experienței. În esență, dorința este expresia unei tensiuni între ce se întâmplă și intenția persoanei de a maximiza gratificarea principiului plăcerii. E mișcarea minții care caută ca următoarea mișcare să fie diferită de prezent.

Dacă sunt adaptat la o temperatură a mediului de 20 de grade, de exemplu, și temperatura scade la 10 grade, ar putea apărea un *sentiment* de disconfort. Acesta e modul prin care corpul meu își exprimă în prezent starea de dezechilibru. Acum ar putea apărea și o dorință în contextul acestei situații, manifestată prin faptul că *vreau* să fie mai cald, să îmi redobândesc sentimentul de plăcere care vine odată cu starea de echilibru cu mediul.

Iată unde nivelul meu de înțelegere contează cu adevărat. Dacă înțelegerea mea e suficient de dezvoltată pentru a realiza că toate acestea nu sunt decât derularea normală a cauzei și efectului într-un sistem psihofizic depersonalizat, frigul

nu e decât frig; nu există nicio așteptare să fie în alt fel. În plus, prezența frigului nu e o insultă personală. Disconfortul datorat temperaturii poate persista, dar dorința ca aceasta să fie diferită (respectiv, suferința) nu este. Calitatea aceasta atentă, dar lipsită de pasiune este descrisă adesea drept *calm*, o atitudine a minții capabilă să cuprindă și plăcerea, și durerea, fără a te

lăsa mânat de ele în *acțiune* sau dorință. În lipsa calmului și a înțelegerii, aș putea să mă simt obligat să îmi gratific dorința cu orice preț, o atitudine pe care budiștii o numesc *agățare* sau *prindere.*

O mare parte a experienței noastre zilnice obișnuite este colorată de agățare, un proces pe cât de periculos, pe atât de des întâlnit, dintr-o serie de motive. În primul rând, e vorba despre atributul compulsiei sau a fi impulsionat să acționezi în lipsa unei alegeri conștiente. Fără a avea ușurința mentală necesară pentru a alege să acționezi în alt fel, te găsești într-un ciclu de răspunsuri condiționate, răspunzând puțin diferit de cum ar face-o un animal sau o mașină. Ne pierdem umanitatea, capacitatea de a acționa liber și prin conștientizare.

De asemenea, nevoia presantă de a gratifica dorința, fie prin căutarea plăcerii, fie prin evitarea durerii, ne poate face să trecem cu vederea nevoile și drepturile celorlalți când sunt în conflict cu ale noastre. Ducând la extrem exemplul anterior, am putea arde combustibil și am putea pune termostatul pe o valoare mai înaltă, indiferent de cât combustibil au ceilalți la dispoziție, sau am putea chiar dezbrăca

prin forță o persoană mai slabă, pentru a ne fi nouă cald.

În final, comportamentul de agățare întărește constructul de individualitate. În momentul în care apucăm ceva sau împingem altceva deoparte, se creează sinele ca agent. Acest sine se resimte pe el însuși ca originea și beneficiarul acestei acțiuni. Un obiect dorit este etichetat *al meu* în actul dobândirii sale, în vreme ce un obiect care se opune sau e respins este definit în mintea cuiva ca *nu-mi aparține.* În ambele situații, lumea experienței devine intens personalizată.

Având această înțelegere profundă, budiștii oferă, de fapt, o revoluție copernicană înțelegerii pe care o avem pentru individualitate și identitate. Nu se pune problema că o persoană *există* (o afirmație care e luată adesea de bună) și apoi se poate identifica prin anumite obiecte, idei și așa mai departe, ci, mai degrabă, persoana, privită ca un sine individual cu o anumită identitate, este *creată* într-un act momentan de identificare. Și, având *perspectiva* individualității care se află în spatele tuturor experiențelor și le modelează, persoana devine motivată să se creeze pe sine moment după

moment după moment. Un sentiment al sinelui este proiectat asupra tuturor experienţelor. Soliditatea şi coerenţa sinelui este aparentă, având la bază nenumărate clipe de autoconstruire, la fel cum realitatea aparentă a unui film se naşte din iluzia de continuitate generată de numeroase cadre individuale de film.

Sinele se naşte şi moare, apare şi dispare, clipă de clipă, ori de câte ori cineva

se prinde sau se agaţă de gratificarea dorinţelor. Şi totuşi, de fiecare dată când o dorinţă e satisfăcută, o alta va apărea, sugerând că nu poate apărea niciodată un sentiment de pace sau împlinire semnificativ. Aceasta e etiologia suferinţei în psihologia budistă. Cuvântul budist *dukkha*, amintit anterior, este termenul care denotă suferinţa sau insatisfacţia aceasta, un defect fundamental al sistemului de operare minte–corp şi, astfel, al condiţiei umane.

Identificarea cu sinele

Odată ce confundăm sinele efemer, construit, cu ceva de durată şi central, continuăm să îl întărim prin tendinţa noastră neexaminată de a percepe toată experienţa ca „întâmplându-mi-se mie". La aceasta se adaugă faptul că folosim sinele ca pe un etalon al valorii; respectiv, un eveniment e judecat ca fiind bun dacă eu îl doresc şi ca fiind rău dacă nu îl doresc. Pentru că fiecare moment are un anumit ton al sentimentelor, nu prea există moment care să nu fie judecat. Lumea se împarte în ce e bun *pentru mine* şi ce e rău *pentru mine*. Suntem atât de ocupaţi să punem lumea în lumina reflectată de dorinţele noastre, încât nu vedem lumea aşa cum e, intimă, dar impersonală.

Analiza budistă descrie sinele ca pe un construct care apare în condiţiile

necesare şi trece când acele condiţii lipsesc. Nu durează. Şi totuşi, odată ce ajungem să confundăm sinele cu ceva mai real şi mai durabil decât este, avem de-a face cu o altă problemă. Ne petrecem o mare parte din viaţă încercând să ne fortificăm, să ne apărăm şi să ne augmentăm pe noi înşine, temându-ne că, dacă nu o facem, vom fi anihilaţi.

Din acest punct de vedere, mecanismele de apărare, descrise atât de bine în literatura psihanalitică timpurie, sunt înrolate nu atât împotriva cunoaşterii

conştiente a pulsiunilor instinctuale, cât pentru a sprijini iluzia sinelui. Teoreticieni diferiţi, ca Alfred Adler (1927/2002), Ernest Becker (1973) şi Erving Goffman (1971) au discutat despre cum pulsiunea de a păstra respectul de sine este un motiv psihologic principal în viaţa psihologică şi socială. Oamenii apelează deseori la psihoterapie din cauza naturii efemere a atingerii respectului de sine. Ne calibrăm respectul de sine prin comparaţia permanentă cu cei din jur şi evaluăm lucrurile şi oamenii în funcţie de sprijinul sau contestarea identităţii noastre construite. În consecinţă, ne putem simţi sărăciţi în faţa abundenţei. Alţii se pot transforma în „obiecte parţiale", judecaţi fiind în funcţie de valoarea pe care o au pentru sentimentul nostru de sine. Când îi depersonalizăm astfel pe ceilalţi, pavăm drumul spre cruzimea socială.

Dată fiind valoarea imensă pe care cultura occidentală o dă sinelui, nu e de

mirare că tulburările legate de sine sunt atât de prevalente. Dintr-o perspectivă budistă, aceste tulburări nu sunt decât exagerări ale unei neînțelegeri fundamentale referitoare la cine suntem.

Mindfulness-ul și vindecarea suferinței

Buddha se caracteriza ca un medic a cărui activitate principală este identificarea maladiei care afectează omenirea, descoperirea cauzelor sale, folosirea acelor cunoștințe pentru a vedea cum poate fi vindecată și crearea unui program prin care fiecare persoană poate găsi starea de bine. A demonstrat el însuși mai întâi toate etapele acestea. Conform tradiţiei, prinţul Siddhartha a devenit Buddha într-o noapte când, în sfârşit, a văzut clar cum mintea şi trupul îşi creează propria suferinţă şi a putut să se transforme singur, astfel încât toată suferința s-a terminat în cazul lui. După ce s-a vindecat pe sine, a continuat prin a-i ajuta pe ceilalţi.

Chiar şi cea mai timpurie cale de dezvoltare descrisă în tradiţia budistă clasică este foarte bogată şi diversă. Se înțelegea că oameni diferiţi au puncte forte şi slăbiciuni diferite, capacităţi diferite şi se regăsesc într-o gamă largă de circumstanţe lumeşti. Buddha a înţeles, la fel cum ar fi făcut orice medic, că procesul de vindecare presupune mult mai mult decât medicină. Înțelegerea și cooperarea

pacientului, nivelul de îngrijire și de sprijin disponibile din partea celorlalți și factorii de mediu, ca nutriția, odihna și timpul joacă toți roluri importante în stabilirea succesului tratamentului. Prin urmare, chiar dacă numirea bolii, identificarea cauzelor care stau la baza ei și elementele centrale ale tratării sale sunt elemente standard ale tradiției, numărul de modalități prin care se poate aplica acel tratament variază enorm. Fiecare generație pare a dezvolta un regim care se potrivește cel mai bine mediului său unic. Astfel, budismul a putut să se adapteze în numeroase culturi diferite în decurs de două milenii și jumătate.

Punctul de pornire pentru programul de vindecare prescris de Buddha e meditația cu mindfulness. Nu va influența tratamentul în întregime de una singură, dar niciun progres real către starea de bine nu poate avea loc în lipsa ei. Pentru că suferința se construiește în fiecare moment în moduri reflexive și neexaminate, pentru început e necesar să poți ilumina ceva din proces. În vreme ce o ființă umană sănătoasă muncește din greu pentru crearea și menținerea edificiului conceptual al identității personale în cea mai mare parte a timpului, meditația cu mindfulness ne invită să asistăm, pur și simplu, la câmpul de fenomene, la *acelea care apar* la nivel imediat senzorial și cognitiv. Fenomenele vor apărea sau se vor ivi la fiecare dintre cele cinci „porți“ senzoriale — ochi, urechi, nas, limbă sau trup —, sau vor apărea ca obiecte ale conștientizării la însăși „poarta minții”. Capacitatea

de a conștientiza datele acestea ca *fenomene*, nu ca pe obiecte ale lumii noastre construite conceptual, necesită multă pregătire și exersare.

Reflexele și instinctele noastre sunt orientate complet pentru a trece cu vederea detaliile experienței care se produce, pentru a putea întări proiectele de la nivelul macro al construcției. Mai simplu spus, suntem atât de preocupați de imaginea de ansamblu a obiectivelor, strategiilor și de validarea presupunerilor și sistemelor de convingeri încât avem obiceiul de a privi detaliile senzoriale și cognitive ca pe un *mijloc de a atinge un scop*. Meditația cu mindfulness ne învață treptat să privim acest șuvoi permanent de experiență texturată ca pe *un scop în sine*. Obiectivul nu este acela de a submina complet lumea convențională pe care o construim, ci de a o pune în lumina potrivită. Învățând să privim nivelul acesta altfel trecut cu vederea al aparițiilor brute, începem să scoatem la iveală *procesul* de construire a

identităţii şi de construire a lumii înseşi în loc să rămânem concentraţi exclusiv asupra *produsului* acestui proces.

Practica mindfulness contribuie la inversarea tendinţei de a ne apleca în faţă către momentul următor, de a ne grăbi înainte către nivelul de macroconstrucţie. Aducând atenţia deliberată şi susţinută în domeniul fenomenelor înseşi, ne antrenăm mintea să locuiască spaţiul mai vast, neformat, al experienţei care tocmai apare. Natural, mintea va înclina spre diferitele sale proiecte de construcţie

(gânduri, amintiri, planuri, fantezii etc.), dar, când face asta, putem vedea mai clar *că* o face şi *cum* o face. Observând mişcarea de la fenomenele care apar către crearea gândurilor, începem să scoatem la iveală natura profund construită a experienţei. Din acest punct de conştientizare pronunţată a activităţii minţii din momentul prezent, ne devine accesibilă o gamă de opţiuni de a învăța și de a crește. Un program detaliat de transformare a fost prezentat în literatura budistă timpurie (Nanamoli şi Bodhi, 1995) şi a fost elaborat în permanenţă de secole de tradiţie.

Pregătirea clasică pentru mindfulness

Mindfulness-ul asociat corpului

În tradiţia clasică, mindfulness-ul se cultivă prin aplicarea sistematică pe patru obiecte generale. Primul dintre ele este corpul. A fi atent la senzaţiile fizice care apar prin asociere cu respiraţia, de exemplu, va genera un set de fenomene mereu prezente, în permanentă schimbare, pentru a fi observate. Calitatea atenţiei aduse asupra acestor senzaţii schimbătoare s-a aprofundat treptat, odată cu evoluţia practicii. Doar inspiraţia poate părea la început însoţită de numai câteva senzaţii care pot fi observate la nivelul nasului, al abdomenului sau când hainele se ating de piele, dar, pe măsură ce abilităţile sporesc, tendinţa va fi de a observa din

ce în ce mai mult. În scurt timp, o singură inspiraţie ar putea părea plină de un univers de fenomene fizice nuanţate, fiecare dintre ele, deşi deosebit de scurt, cu propria textură unică.

Aceeaşi profunzime sporită poate fi direcţionată către corp, când acesta ia

diferite poziţii: aşezat, în picioare, întins sau în mers. Fiecare dintre ele furnizează propriul univers de senzaţii unice, un relief nesfârşit pentru explorare fenomenologică. Concentrându-se de asemenea asupra corpului, mindfulness-ul se poate dezvolta prin observarea obiectelor fizice ale atingerii trecând prin gama de comportamente normale, cum ar fi mâncatul, băutul, adormitul sau trezirea. Sau o persoană îşi poate augmenta capacitatea de a discerne manifestările fizice brute de opoziţie, mişcare şi temperatură, pe care budiştii le identifică drept componente elementare ale senzaţiei fizice.

Un alt exerciţiu este cel prin care se „mătură“ corpul cu conştientizarea cu mindfulness, din vârful capului şi până la tălpi, identificând senzaţiile din fiecare componentă diferită a corpului. Scopul în toate cazurile acestea e să devii şi să rămâi conştient doar de senzaţiile fizice care apar printr-una dintre porţile senzoriale, „poartă a corpului”, fără a recurge la văz, auz, gândire sau oricare dintre celelalte moduri de a experimenta.

Mindfulness-ul asociat simţirii

Mindfulness-ul se poate aplica şi pentru nuanţele sentimentelor. În cazul acesta, practicantul îşi îndreaptă atenţia asupra calităţii plăcute sau neplăcute a fiecărei experienţe. Solicită şi dezvoltă capacitatea de a distinge senzaţiile corporale, de exemplu, de sentimentele care apar prin asociere cu acestea. Persoana devine capabilă să distingă senzaţiile fizice care apar la nivelul genunchiului, de exemplu, de neplăcerea profundă şi chiar durerea care apare odată cu ele. *Atingerea* senzaţiei corporale e una, *durerea* acelei atingeri e alta. Meditaţia cu mindfulness clasică urmăreşte să cultive acest nivel de precizie.

Acelaşi lucru este valabil chiar şi pentru obiectele mentale care apar în minte. Fiecare amintire, gând sau imagine va fi însoţită de un ton al sentimentelor care e *plăcut, neplăcut* sau *neutru*. Chiar şi atunci când tonul sentimentului nu se poate descompune cu uşurinţă la o cercetare atentă ca fiind deosebit de plăcut sau neplăcut (cum este cazul celui neutru), oferă încă o senzaţie tangibilă continuă, tuturor modurilor experienţei care pot fi deosebite de meditatorul încercat. Temperatura din camera de meditaţie, de exemplu, aşa cum e ea resimţită de receptorii nervoşi din piele, ar putea să nu pară prea mare sau prea mică şi totuşi poate genera un flux continuu de tonuri ale sentimentelor. A fi capabil să deznozi aceste două fire

ale experienţei — un obiect cunoscut prin intermediul unei porţi senzoriale şi tonul sentimentului care însoţeşte acel obiect — îţi permite să scoţi la iveală mişcarea neliniştită a minţii şi contribuie la o mai profundă înţelegere a naturii sale construite.

Mindfulness-ul asociat minţii

Când însăşi mintea devine obiectul meditaţiei cu mindfulness, observatorul e invitat să remarce dacă acest moment de conştientizare este însoţit sau nu de una dintre cele trei cauze de bază ale suferinţei sau constructe intenţionale tulburătoare: lăcomie, ură şi iluzie. În orice moment dat, mintea e fie cuprinsă de una sau mai multe dintre acestea, fie nu este, iar acesta e un lucru pe care poţi învăţa să îl conştientizezi. Lăcomia şi ura sunt doi poli ai dorinţei, *a dori ceva* intens sau *a nu dori*, în vreme ce iluzia este o formă puternică a neînţelegerii elementare care îi dă dorinţei puterea pe care o are asupra noastră.

De exemplu, atunci când detectăm în corp o senzaţie de disconfort pentru că am stat aşezaţi fără să ne mişcăm prea mult timp, putem observa o creştere a opoziţiei faţă de informaţiile senzoriale care vin din corp. Aproape că poţi simţi gustul insatisfacţiei care se acumulează, „dorinţa ca senzaţia neplăcută să dispară"

sau să se transforme în altceva. În clipa următoare, aceeaşi situaţie poate fi resimţită în altă lumină, „dorinţa ca o senzaţie fizică plăcută să apară“ în schimb, în corp. Poate fi dificil să ne dăm seama când dispare gândul „nu ne dorim senzaţii neplăcute” şi începe să se arate gândul „dorim senzaţii plăcute" şi să îl înlocuiască pe cel dintâi. Mindfulness înseamnă tocmai să explorezi textura acestei ambiguităţi, chiar dacă poate apărea sub forma confuziei, explorare ce duce la creşterea inteligenţei fenomenale.

În alt moment din cele ce urmează, meditatorul ar putea foarte bine să îşi dea seama că a dori şi a nu dori sunt doar feţe ale mecanismelor de răspuns obişnuite ale minţii, apărute ca urmare a contactului cu anumite senzaţii fizice în contextul anumitor atitudini. O astfel de înţelegere profundă minoră, dar semnificativă ar putea fi urmată de revenirea la conştientizarea senzaţiilor fizice, dar recontextualizate într-un fel care permite un nivel superior de calm sau mai puţină implicare personală. O asemenea schimbare de atitudine ar

putea fi însoțită de un oftat fizic sau mental, o relaxare atentă ulterioară a corpului și hotărârea proaspătă de a privi cu atenție, dar răbdător experiența, indiferent de modul în care apare. Prin ochii calmului, calitatea de a dori sau de a nu dori lipsește pe moment din minte, astfel că și textura acestei stări poate fi analizată.

În cadrul acestui scurt exemplu, o persoană a devenit conștientă de felul în

care mintea este mai întâi afectată de aversiune, dorință și confuzie, apoi, în urma unui moment de insight, cum se manifestă mintea fără acestea. Investigând apariția acestor atitudini ale minții în cadrul experienței, mindfulness trece într-o etapă de evaluare, care are potențialul de a transforma. O persoană poate doar să observe, fără să judece, texturile multifațetate ale senzațiilor fizice și chiar episoadele de plăcere care alternează cu cele de durere; însă nimeni nu vede un moment de minte care evită durerea, urmat de un moment în care nu o face sau un moment de insight clar după nenumărate momente de neclaritate, persoana nu poate decât să observe contrastul.

Nu se pune problema unei decizii conceptuale că un obiect e bun și altul nu e, pentru că e exact genul de *gândire despre* experiență contraproductivă în termeni de procesat. În schimb, o persoană își dezvoltă o înțelegere intuitivă, ca o manifestare a înțelegerii profunde sau înțelepciunii, despre efectul unei stări mentale asupra alteia. Suntem în continuare în întregime pe tărâmul fenomenologiei descriptive, nu pe cel al înțelegerii cognitive de nivel superior.

Mindfulness-ul asociat obiectelor mentale

Un al patrulea fundament pe care se poate construi mindfulness este numit

mindfulness aplicat obiectelor mentale sau fenomenelor mentale. În cazul de față, se folosește aceeași calitate a conștientizării nuanțate pentru ceea ce apare conținutului experienței mentale. Însă, având în vedere că suntem la apogeul drumului transformator al mindfulness-ului, nu e vorba doar despre a fi conștient de orice s-ar întâmpla să apară și să treacă prin minte. Există un plan detaliat, urmărind învățăturile primare ale psihologiei budiste, pentru ceea ce trebuie căutat și cum anume trebuie lucrat pentru a abandona factorii

care inhibă înțelegerea, cultivând concomitent factorii care o stimulează.

Cinci obstacole

În primul rând, există cinci obstacole în calea clarității minții pe care le putem observa ca fiind prezente, absente sau care apar în minte fără să fi fost prezente. Acestea sunt dorința senzorială, aversiunea, indolența, neliniștea și îndoiala. De asemenea, putem conștientiza o atitudine de neatașare de astfel de stări mentale, fapt care le va face să treacă, precum și de o postură intenţională în raport cu aceste fenomene, care le va inhiba reapariția pe viitor. Fiecare dintre aceste cinci etape poate fi aplicată fiecăruia dintre cele cinci obstacole. Când practicăm mindfulness în felul acesta, aceste cinci calităţi ale minții se vor reduce și chiar vor dispărea,

chiar dacă temporar, iar mintea va deveni semnificativ mai limpede, în consecință. Concentrarea conștientizării asupra primului dintre obstacole, de exemplu, servește la descoperirea unui reflex înnăscut al aparatului senzorial de a căuta stimularea. La nivelul experienței, se prezintă ca o dorință subtilă subiacentă tuturor celor șase modalităţi senzoriale omenești. A acționa conștient pentru a da deoparte postura aceasta de a căuta stimularea senzorială, chiar și temporar, poate aduce în momentul respectiv acea deschidere a minții care permite o gamă mai largă de răspunsuri.

Cinci agregate

În schema clasică urmează aducerea conștientizării asupra celor cinci *agregate* ale experienței, respectiv materialitatea, sentimentul, percepția, conștiința și formațiunile (denumite anterior *intenții și dispoziții*). În cazul de față, exercițiul înseamnă pur și simplu să conștientizezi fiecare dintre aceste fâșii de experiență combinată și să observi cum fiecare apare și trece permanent. Tipologia experienței de cinci feluri este modalitatea budistă de a submina tendința obișnuită de a materializa identitatea personală. Tradiția înțelege că oamenii presupun în mod obișnuit existența unui agent unificat (cel care vede, simte, gândește) în spatele fluxului

experienței. Redirecționarea atenției asupra fiecăreia dintre aceste cinci categorii, treptat, are efectul de a sublinia fluxul experienței în sine, nu construirea unui sentiment sintetic al unității. Datele fenomenologice nu fac

decât să indice că se vede, se simte şi se gândeşte; invocarea etichetei unui substantiv nume de agent (acel *eu* căruia i se întâmplă) nu este necesară şi nici justificată.

Şase sfere ale simţurilor

În urma acestei concentrări, avem fiecare dintre cele şase *sfere ale simţurilor* sau porţi ale simţurilor, ca obiecte ale conştientizării voite. În cazul acesta, meditatorul observă, ca să luăm un prim exemplu, ochiul sau organul percepţiei, precum şi forma vizuală sau obiectul percepţiei. Acestea sunt denumite manifestarea internă şi externă a câmpului senzorial. În plus, practicantul de mindfulness observă şi fenomenologic cum apare dorinţa în conjuncţie cu fiecare dintre cele şase sfere ale simţurilor. Dorinţa nu e ceva general; în modelul efemer al experienţei interpretate, dorinţa se va manifesta întotdeauna pentru un anumit obiect mental sau fizic.

Înţelegerea modului în care orice situaţie a dorinţei depinde de şi se datorează unei anumite experienţe senzoriale reprezintă o accepţiune profundă datorată

acestor exerciţii de conştientizare. După ce a înţeles lucrul acesta, practicantul se află apoi în poziţia de a observa, la fel ca în cazul obstacolelor, cum renunţarea la ataşamentul faţă de dorinţă va facilita dispariţia acesteia şi cum atitudinile pot fi exprimate şi repetate, astfel încât să contribuie la ne-apariţia ei pe viitor.

Şapte factori ai trezirii

De mare importanţă pentru forma tradiţională de meditaţie cu mindfulness este conştientizarea celor şapte factori pozitivi ai dezvoltării spre înţelepciune. Aceştia sunt numiţi şapte *factori ai trezirii* şi includ mindfulness-ul, investigarea fenomenelor, energia, bucuria, liniştea, concentrarea şi calmul (vezi Capitolul 4 pentru o descriere a acestor calităţi aplicate psihoterapiei). La fel ca înainte, persoana e îndrumată să observe, pur şi simplu, prezenţa sau absenţa fiecăruia dintre ei în orice moment al conştiinţei şi, atunci când nu e prezent, să vadă cum uneori apare. Spre deosebire, însă, de mindfulness asociat obstacolelor, scopul nu este abandonarea acestor factori mentali, ci cultivarea lor. Din nou, poate exista o înţelegere intuitivă a efectului benefic pe care fiecare dintre aceste stări

mentale îl are asupra minţii şi trupului în momentul respectiv şi se poate afla ce tip de poziţie intenţională va genera aceşti factori.

Fiecare dintre stări o susţine pe cealaltă, astfel că orientarea atenţiei cu grijă prin lista aceasta va transforma treptat mintea în direcţia unei mai mari înţelepciuni şi înţelegeri. Din nou, mindfulness-ul este primul pas, iar atunci când simpla prezenţă a minţii asupra fenomenelor care se produc în prezent se maturează, va conduce, în mod natural, la un interes mai profund pentru venirea şi trecerea stărilor mentale. Pe măsură ce fiecare e analizată mai îndeaproape, va da naştere unei energii naturale şi unui entuziasm care se transformă el însuşi într-un sentiment profund de bucurie, care pare deopotrivă să se găsească în corp şi în minte. Bucuria e efervescentă, pare că bolboroseşte din izvoare profunde, dar va fi temperată treptat de linişte. Acestea nu se înlocuiesc reciproc, ci rezultă într-o stare paradoxală de energie liniştită. În cazul acesta, mintea este deopotrivă împăcată şi alertă; e calmă, relaxată şi în largul său, dar conştientă în mod acut, fără efort, de apariţia şi trecerea fenomenelor. Liniştea aduce o mai mare *concentrare,* definită ca o canalizare sau orientare unică a minţii, care va avea în vedere un singur obiect în acelaşi timp (vezi Capitolul 1), însă cu o asemenea pricepere încât poate procesa cu mindfulness nenumărate date foarte repede. În final, dat fiind că fiecare dintre aceşti factori îi împlineşte şi îi completează pe ceilalţi, se creează un calm profund al minţii, care înglobează toate aceste calităţi. În starea aceasta, afirmă budiştii, persoana e capabilă să treacă peste, chiar şi pentru o vreme, efectele dorinţei şi neînţelegerii,

care întunecă şi distorsionează construirea experienţei clipă-de-clipă.

Un instrument pentru vremurile noastre

Astfel arată o scurtă privire de ansamblu asupra modului în care mindfulness-ul poate fi înţeles şi dezvoltat în contextul tradiţional al practicii budiste clasice. Scopul practicii este nici mai mult, nici mai puţin decât transformarea completă şi radicală a organismului psihofizic uman. Transformarea aceasta poate fi modestă la început, presupunând momente ocazionale de înţelegere profundă a motivaţiilor, a libertăţii în raport cu unele condiţionări sau a refugiului în faţa asaltului constant al egoismului şi dorinţei. Însă momentele acestea sunt cumulative şi dobândesc treptat avânt, pe măsură ce din ce în ce

mai multe dintre tiparele subiacente ale procesului nostru psihologic ies la iveală.

Mindfulness-ul duce la un insight (înțelegere profundă), iar insight-ul duce la înțelepciune. Insight-ul la care se face referire în acest context nu este insight-ul conceptual în narațiunea personală a individului, ci o perspectivă mai viscerală și intuitivă a naturii condiționate, construite, schimbătoare și impersonale a vieții noastre mentale și fizice. E un insight care slăbește legăturile atașamentului și deschide inima spre un context mai amplu decât simpla referire la sine. Pe măsură ce

tiparele inconștiente de comportament sunt expuse luminii conștientizării voite prin intermediul practicii mindfulness, își pierd o mare parte a puterii de a ne păcăli și de a ne constrânge. Începe să se schimbe chiar modul în care datele simțurilor sunt organizate în fiecare moment pentru a construi personalitatea și o perspectivă asupra lumii. În final, episoadele recurente de insight vor contribui la modificări ale minții cu o durată mai mare, proces pe care budiștii îl numesc *adâncirea înțelepciunii*. Acest tip de insight îi schimbă într-un mod profund.

La punctul culminant, obținerea trezirii (*nirvana* în sanscrită), lăcomia, ura și iluziile sunt eliminate cu totul. O persoană își va construi mai departe experiența clipă de clipă prin intermediul organelor senzoriale și percepției și continuă să simtă și plăcere, și durere. Diferența e că plăcerea nu va da naștere dorinței de a obține și mai multă plăcere, iar durerea nu va fi întâmpinată cu aversiune, opoziție sau negare. Prin urmare, acțiunea nu mai e motivată de dorința de a obține satisfacție, iar identitatea nu mai e construită ca un nod în jurul căruia se organizează comportamentul interesat de sine. O persoană trece prin lume răspunzând corespunzător evenimentelor pe măsură ce se produc, iar lumea sa devine o expresie a intențiilor mai altruiste de generozitate (nonlăcomie), bunătate (nonură) și înțelegere (noniluzionare).

Ne rămâne astfel imaginea unei persoane mulțumite în orice condiții, lipsită

de condiționare involuntară și care nu e în niciun fel condusă spre acțiune de compulsie. O astfel de persoană acceptă caracterul mereu schimbător al lumii, nu mai așteaptă gratificare dincolo de împlinirea anumitor nevoi contextuale (de exemplu, să mănânce sau să bea când e necesar, dar fără atașament), nu

pretinde posesia vreunui obiect sau element al experienței și, poate, cel mai important, nu suferă din cauza iluziei narcisice de identitate personală exacerbată. O astfel de perspectivă asupra potențialului uman sugerează transformarea organismului psihofizic uman spre o etapă superioară de dezvoltare.

Dat fiind că mindfulness-ul se folosește ca intervenție psihoterapeutică, am putea previziona că, în timp, felul în care înțelegem obiectivele terapiei va fi lărgit pentru a cuprinde o perspectivă mai amplă asupra a ceea ce e posibil și posibilitatea unui tip mai profund de mulțumire.

CAPITOLUL 15

Neurobiologia mindfulness-ului

Sara W. Lazar

Seamănă un gând şi vei culege un act;

Seamănă un act şi vei culege un obicei;

Seamănă un obicei şi vei culege un caracter;

Seamănă un caracter şi vei culege un destin.

Proverb englez din secolul al xix-lea

Vreme de peste 2000 de ani s-a afirmat că meditaţia poate aduce o gamă largă de beneficii trupului şi minţii. Însă doar de puţin timp, comunitatea ştiinţifică a început să dezvăluie numeroasele schimbări care se produc în vreme ce o persoană meditează, cum ar fi scăderea nivelului hormonilor stresului şi creşterea nivelului markerilor biologici asociaţi cu relaxarea fizică.

Dincolo de efectele imediate ale meditaţiei, practicanţii relatează, de asemenea, că au parte de schimbări de durată mai mare, similare cu trăsăturile. Deşi sentimentul de calm şi claritate care apare în cadrul meditaţiei formale aşezate

tinde să se reducă pe parcursul zilei, practicienii declară deseori că meditaţia de dimineaţă îi ajută să facă mai uşor faţă situaţiilor dificile, să aibă mai multă empatie şi compasiune, să aibă o memorie mai bună şi să fie mai atenţi. Oamenii de ştiinţă au început să testeze aceste afirmaţii, iar acum există dovezi puternice pentru unele dintre ele, din cercetările efectuate, mai ales cu privire la abilitatea crescută de a fi atenţi şi la apariţiile mai dese ale compasiunii. Şi totuşi, nu e clar încă în ce fel ar putea practica meditaţiei să conducă la aceste efecte răspândite şi, mai ales, care mecanisme neurale ar putea să se afle în spatele acestor schimbări benefice. Capitolul acesta explorează felul în care practica meditaţiei afectează creierul şi cum ar putea aceste schimbări de la nivelul creierului, la rândul lor, să conducă la beneficii de durată.

Neuroplasticitatea

Înainte de a ne afunda în structura şi funcţionarea creierului, trebuie să înţelegem comportamentul uman dintr-o perspectivă neurală. În capitolul de faţă, voi folosi cuvântul *comportament* pentru a mă referi la orice acţiune a corpului sau a minţii. Sub umbrela aceasta, toate aspectele experienţei umane despre care meditatorii afirmă că pot fi schimbate prin intermediul acestei practici, cum ar fi

răspunsurile emoţionale, atenţia sau intenţia, sunt definite ca fiind comportamente. Şi, dintr-o perspectivă neurală, toate aceste comportamente sunt produsul *activităţii* cerebrale, care depinde ea însăşi de *structura* creierului (vezi Figura 15.1.).

FIGURA 15.1. Interrelaţia dintre structura creierului, activitate şi comportament.

Structura creierului poate fi definită foarte vag ca orice are legătură cu felul în care neuronii comunică între ei, de la numărul de conexiuni dintre neuroni la cantitatea de neurotransmiţători eliberată între aceştia. În general, specialiştii în neuroştiinţă cred că, pentru a avea o schimbare de durată la nivelul comportamentului, trebuie să existe o schimbare corespondentă la nivelul creierului. Posibilitatea aceasta de schimbare se numeşte *neuroplasticitate*. De exemplu, când citeşti cuvintele din cartea aceasta, neuronii din creierul tău procesează imaginile vizuale, transformându-le în concepte şi înţelegându-le în diferite feluri. Aceasta e *activitate* cerebrală. Pentru a stoca informaţia spre a fi folosită ulterior, e necesar ca neuronii să schimbe undeva în creier ceva legat de felul în care comunică unii cu ceilalţi (respectiv, structura). Nu înţelegem încă procesul acesta cu adevărat, dar ştim că o serie de evenimente duce la schimbări care au ca rezultat formarea unei amintiri.

Dacă încerci să îţi aminteşti mâine ceea ce tocmai ai citit, neuronii aceia se vor aprinde şi vor produce un puseu de activitate cerebrală, iar tu îţi vei aminti ideile acestea. Când un comportament este repetat de multe ori, cum

este cazul cu aducerea atenţiei asupra momentului prezent în cadrul practicării meditaţiei, cascada de activitate cerebrală aferentă se schimbă treptat şi tiparul este întipărit diferit de comportamentele întâmplătoare. Structura creierului s-a schimbat, iar tiparul acesta nou conduce comportamentul. Astfel se formează noile obiceiuri.

Neuroplasticitatea se află, de asemenea, în centrul procesului terapeutic. De exemplu, dacă un pacient deprimat merge la medic, acesta ar putea să îi prescrie medicamente antidepresive, care vor modifica structura crierului pacientului (de exemplu, receptorii care recaptează serotonină). Medicamentele vor schimba cantitatea sau tipul de comunicare dintre neuroni, fapt care va duce la schimbări la nivelul comportamentului, respectiv, o dispoziţie mai puţin deprimată. În mod similar, un psihoterapeut ar putea contesta unele dintre convingerile şi îndoielile pacientului referitoare la sine sau ar putea încuraja pacientul să privească situaţiile dintr-o perspectivă diferită. Când tehnicile terapiei prin discuţie au succes, va apăra o schimbare a structurii creierului care însoţeşte schimbarea de perspectivă sau de atitudine. Goldapple şi colegii (2004) oferă un exemplu interesant de astfel de schimbare în cazul pacienţilor suferind de depresie majoră.

Să ne gândim acum la meditaţie. Folosind cadrul descris mai sus, putem afirma că, în timpul practicării meditaţiei, creierul ar trebui să indice un anumit tipar de activitate cerebrală, diferit de activitatea cerebrală normală. Prin exerciţiu repetat, activitatea aceasta ar trebui să conducă la schimbări la nivelul structurii creierului care ţin de practică. Modificările acestea ale structurii ar trebui să susţină la rândul lor tipare modificate de activitate cerebrală, chiar şi atunci când persoana nu meditează. În continuare, vom discuta despre dovezile care au fost publicate până în prezent pentru a susţine fiecare dintre etape.

Activitatea creierului în timpul meditaţiei

Începem prin a vedea ce se întâmplă în creier în timpul meditaţiei. Din perspectiva neuroştiinţei cognitive, meditaţia este o sarcină foarte eterogenă şi multifaţetată, presupunând atât concentrare intensă, cât şi deschiderea către experienţe senzoriale, emoţii şi gânduri. În plus, unele tehnici de meditaţie, cum ar fi meditaţia prin bunătate iubitoare (*metta* în Pali) încorporează

vizualizarea şi/sau eforturi de a produce anumite stări mentale. Consecvenţi cu această noţiune, cercetătorii au început să identifice reţele neurale specifice, despre care se crede că se află în spatele diferitelor forme de meditaţie. Un neajuns al acestor studii este că au

variat deseori semnificativ la nivel de proiectare şi tip de meditaţie studiat, ceea ce a făcut dificilă compararea rezultatelor, în unele cazuri. Şi totuşi, o serie de observaţii consecvente a început să iasă la iveală.

Una dintre cele mai importante observaţii este dezactivarea unei reţele de regiuni ale creierului denumită *reţeaua modului implicit* (RMI; Bærensten et al., 2010; Brewer, Worhunsky et al., 2011; Hasenkamp, Wilson-Mendenhall, Duncan şi Barsalou, 2012). Numeroase studii au demonstrat prezenţa anumitor reţele de regiuni cerebrale care sunt active în timpul perioadei de odihnă, care îndeplinesc sarcini elementare de „menaj" necesare pentru a funcţiona normal. Cea mai proeminentă dintre acestea este RMI, despre care se crede că joacă un rol central în crearea şi menţinerea *sinelui autobiografic*, respectiv, sprijină funcţiile care creează sentimentul de sine şi de identitate. Se crede, de asemenea, că această reţea generează gânduri spontane în timpul când mintea rătăceşte şi a fost sugerată prezenţa sa în numeroase afecţiuni psihiatrice şi neurologice, inclusiv Alzheimer şi autism. Dezactivarea acestei reţele corespunde ideii de meditaţie ca stare de atenţie concentrată, caracterizată printr-o rătăcire a minţii şi activitate autoreferenţială minimale.

Aceste studii au indicat, de asemenea, că regiunile cerebrale importante pentru atenţie, stabilirea proeminenţei şi control cognitiv erau mai active în perioadele

de meditaţie decât în restul perioadelor (Brewer, Worhunsky et al., 2011; Hasenkamp et al., 2012; Tang et al., 2009). Brewer, Worhunsky şi colegii lor (2011) au demonstrat mai departe că RMI era mai conectată (respectiv, „sincronizată") cu aceste arii de control cognitiv, în acord cu ideea că, în timpul meditaţiei, există o mai puternică monitorizare clipă-de-clipă şi control asupra stării mentale a persoanei, ceea ce ar putea reduce incidenţa minţii care pleacă în altă parte. Hasenkamp şi colegii săi au demonstrat că activitatea la nivelul unei subregiuni a RMI, cortexul prefrontal ventromedial (CPFvm) era invers corelată cu nivelul de experienţă în domeniul meditaţiei, ceea ce sugerează că experienţa în meditaţie ar putea permite o dezangajare

mai rapidă sau mai eficientă a proceselor cognitive subservite de această regiune.

În mod similar, în cadrul unui studiu efectuat asupra unor călugări tibetani, Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson şi Davidson (2007) au demonstrat că aceştia înregistrau considerabil mai puţină activitate la nivelul cortexului cingulat anterior (CCA) în timpul meditaţiei comparativ cu subiecţii de control, care practicau meditaţia de o săptămână. CCA se asociază deseori cu direcţionarea atenţiei, astfel că ar putea fi de aşteptat ca meditatorii cu o mai mare experienţă să indice o activare mai puternică decât meditatorii novici. În schimb, dat fiind că meditatorii cu mai multă experienţă relatează deseori că pot avea perioade de atenţie

neîntreruptă mai lungi decât novicii, aceasta ar putea duce la o nevoie mai redusă de activitate CCA. Când Hölzel şi colegii săi (2007) au încercat să repete aceste rezultate folosind practicanţi experimentaţi în meditaţie prin insight, care nu erau călugări, au descoperit că aceşti participanţi indicau *mai multă* activitate a CCA comparativ cu cei care nu meditau. Discrepanţa aceasta poate avea la bază faptul că Brefczynski-Lewis şi colegii au testat călugări foarte bine pregătiţi, în vreme ce Hölzel şi colegii săi au testat practicanţi mireni, a căror capacitate de menţinere a atenţiei este, fără îndoială, mai puţin dezvoltată prin comparaţie cu cea a călugărilor.

O altă regiune activată în timpul meditaţiei la călugării tibetani este insula anterioară (Brefczynski-Lewis et al., 2007; Lutz, Greischar, Perlman şi Davidson, 2009). Insula este asociată cu interocepţia, care constituie percepţia sentimentelor viscerale, cum ar fi foamea şi setea, precum şi echilibrul şi detectarea ritmului cardiac şi aceluia al respiraţiei. De asemenea, s-a sugerat că insula este o regiune-cheie în procesarea senzaţiilor corporale trecătoare, contribuind astfel la experienţa de *sine* (Craig, 2009). O ipoteză pentru nivelul crescut de activare a insulei în timpul meditaţiei este că reflectă atenţia dedicată a meditatorului la apariţia şi trecerea senzaţiilor interne. Insula joacă un rol esenţial în răspunsurile afective la durere (Casey, Minoshima, Morrow şi Koeppe, 1996), precum şi în emoţiile generate

intern (Rieman et al., 1997).

Schimbări ale structurii creierului care apar în urma practicii

Vom avea acum în vedere structura creierului. Imageria prin rezonanţă magnetică (IRM) se aseamănă cu un aparat imens de fotografiat şi există două tipuri de imagini care pot fi surprinse: funcţionale şi structurale. Imaginile IRM *funcţionale* (*f*IMR) surprind schimbări la nivelul acelei părţi a creierului activă în timp real. Când cineva îndeplineşte o anumită sarcină, putem observa prin scanner care părţi ale creierului sunt active pe durata sarcinii respective, relativ cu restul sau cu alte sarcini. În schimb, imaginile IRM *structurale* ne arată cât de multă materie cenuşie sau albă este prezentă în diferite părţi ale creierului. Astfel, primim informaţii despre circuitele din creier şi obţinem dovezi că practicarea meditaţiei poate duce la schimbări de durată la nivelul modului de funcţionare a creierului.

În 2005, am realizat un studiu care a examinat structura creierului pentru 20 de practicanţi laici ai meditaţiei Theravada şi pentru 15 subiecţi de control, grup similar cu meditatorii în ceea ce priveşte genul, vârsta, educaţia şi rasa, dar care nu aveau experienţă în practicarea meditaţiei (Lazar et al., 2005). Am investigat

structura creierului calculând grosimea materiei cenuşii a fiecărei persoane. *Materia cenuşie* se referă la acele părţi ale creierului în care neuronii comunică şi unde au loc, de fapt, „gândirea" şi activitatea neurală, în vreme ce *materia albă* se referă la părţi ale creierului care sunt compuse mai ales din fibre de distanţă lungă, care duc informaţia dintr-o parte a creierului în alta.

Întrebarea de bază pe care am pus-o a fost: materia cenuşie se schimbă ca urmare a practicării meditaţiei? Am fost conduşi către ea de mai multe studii care comparau grupuri specifice de oameni şi care găsiseră diferenţe la nivelul materiei cenuşii. Un studiu analizase oamenii bilingvi şi descoperise că aceia care învaţă a doua limbă din copilăria mică au semnificativ mai multă materie cenuşie în regiunile creierului asociate limbajului comparativ cu cei care învaţă o a doua limbă în adolescenţă sau cu cei care vorbesc o singură limbă. Similar, un alt studiu a descoperit că muzicienii profesionişti au mai multă materie cenuşie decât muzicienii amatori în ariile creierului asociate abilităţii muzicale, precum şi că muzicienii amatori aveau mai multă

materie cenuşie decât oamenii lipsiţi de pregătire muzicală. În fiecare dintre aceste studii, cantitatea de materie cenuşie se corela cu excelenţa sau experienţa (Gaser şi Schlaug, 2003; Mechelli et al., 2004). Rezultatele acestei cercetări ne-au condus la ipoteza că ar trebui să existe diferenţe şi în creierii subiecţilor noştri, care practicau cu toţii meditaţia de mulţi ani.

Meditatorii cu experienţă înregistrau o grosime crescută a cortexului la nivelul insulei anterioare şi al cortexului senzorial, regiuni implicate în observarea senzaţiilor fizice interne şi respectiv externe. S-a observat că insula este una dintre regiunile active în timpul meditaţiei discutate anterior (Brefczynski-Lewis et al., 2007). Dat fiind accentul pus pe observarea stimulilor senzoriali care apare în timpul meditaţiei, îngroşarea acestor regiuni corespunde cu relatările subiective despre practica mindfulness. E interesant de observat că un volum redus al insulei anterioare a fost sugerat în mai multe psihopatologii, inclusiv în stresul posttraumatic (STP), anxietatea socială, fobiile specifice şi schizofrenie (Crespo-Facorro et al., 2000; Etkin şi Wager, 2007; Philips, Drevets, Rauch şi Lane, 2003; Wright et al., 2000). De asemenea, s-a descoperit că insula este activă în cazul călugărilor care se angajează în practici de compasiune (Lutz, Greischar et al., 2009). Regiunile cortexului frontal, o arie dedicată luării deciziilor şi procesării cognitive, erau şi ele mai mari la cei care meditau. Se ştie foarte bine că grosimea acestei părţi a creierului se diminuează în mod normal pe măsură ce îmbătrânim. E interesant că, atunci când am reprezentat grosimea corticală din zona aceasta a fiecărei persoane în raport cu vârsta sa, graficul a sugerat că meditaţia ar putea contribui la încetinirea sau chiar împiedicarea acestui declin normal al grosimii, asociat înaintării în vârstă.

O serie de alte studii au examinat structura materiei cenuşii la practicanţii cu experienţă îndelungată (Grant et al., 2011; Hölzel et al., 2008; Leung et al., 2012; Luders, Toga, Lepore şi Gaser, 2009; Luders et al, 2012; Pagnoni şi Cekic, 2007; Vestergaard et al., 2009). Fiecare studiu a evidenţiat însă rezultate diferite, poate pentru că fiecare grup de cercetare a folosit subiecţi adepţi ai unor tipuri diferite de meditaţie budistă, a avut criterii diferite cu privire la cât de multă practică trebuiau să aibă subiecţii la activ sau a variat la nivel de vârstă a subiecţilor incluşi. Fiecare dintre factorii aceştia poate influenţa rezultatele. De asemenea, fiecare studiu a folosit metode uşor diferite de analizare a materiei cenuşii şi se ştie că fiecare metodă e sensibilă

la diferite aspecte ale structurii materiei cenuşii. Prin urmare, compararea directă a rezultatelor e dificilă.

În ciuda acestor diferenţe, trei regiuni cerebrale au fost identificate în cel puţin două studii, ceea ce dă un plus de încredere studiilor. Aceste trei regiuni sunt insula anterioară dreaptă, girusul temporal inferior şi hipocampul. Lobul temporal inferior stâng, identificat în trei studii (Hölzel et al., 2008; Leung et al., 2012; Luders et al., 2009), este implicat în crearea sentimentului de control. Hipocampul joacă un rol central în memorie şi a fost, de asemenea, implicat în reglarea emoţiilor. Hipocampul este singura parte din creier care generează noi neuroni de-a lungul întregii vieţi. Totuşi, nivelurile excesive de cortizol, un hormon steroid eliberat

ca reacţie la stres, sunt toxice pentru celulele acestea şi pot împiedica generarea de noi neuroni. Studiile acestea de neuroimagerie făcute pe meditatori sugerează că practicarea meditaţiei ar putea avea potenţialul de a împiedica efectele dăunătoare ale stresului asupra creierului, fapt care are implicaţii importante pentru numeroase afecţiuni psihologice în care structura şi funcţionarea hipocampului sunt importante, cum ar fi depresia şi SPT.

Un avertisment important privind observaţiile structurale discutate până acum este că toate studiile au folosit persoane care practicau meditaţia de multă vreme. Prin urmare, diferenţele observate s-ar fi putut datora altor diferenţe de stil de viaţă dintre grupuri, cum ar fi dieta vegetariană sau diferenţele ar fi putut exista anterior deciziei indivizilor de a începe să mediteze. Totuşi, unele dintre studii (Hölzel et al., 2007; Lazar et al., 2005; Leung et al., 2012) au găsit corelaţii între volumul de materie cenuşie şi timpul petrecut în meditaţie, oferind o dovadă indirectă că aceste regiuni sunt rezultatul meditaţiei şi nu o descoperire nefondată. (Hölzel et al., 2010; Hölzel, Carmody et al., 2011).

Pentru a trata aceste aspecte, am testat recent dacă apar schimbări de tip similar la novicii care de abia îşi încep practica de meditaţie.

Am recrutat persoane de la Centrul pentru Mindfulness în Medicină din Worcester, Massachusetts, care erau interesate de participarea la un program de 8

săptămâni de reducere a stresului bazată pe mindfulness. Programul acesta foarte structurat se concentrează asupra participanţilor la programe de pregătire în mindfulness de bază şi practici de meditaţie. Am realizat scanări IRM înainte ca participanţii să înceapă cursul şi după finalizarea lui şi am comparat datele vizuale obţinute de la un grup de participanţi aflaţi într-un grup de control pe lista de aşteptare. Am observat modificări ale materiei cenuşii în patru regiuni: hipocamp, o regiune numită cortex cingulat posterior (CCP), o regiune numită joncţiunea temporo-parietală (JTP) şi o parte a cerebelului. Materia cenușie din insulă era și ea crescută, deși diferența nu era semnificativă din punct de vedere statistic, comparativ cu grupul de control.

Aşa cum am amintit anterior, hipocampul este foarte important pentru învăţare şi memorie, după cum au indicat numeroase studii privind structura creierului şi funcţionarea acestuia în relaţie cu meditaţia. CCP este parte a reţelei modulului implicit (RMI) şi joacă un rol central în crearea sau înţelegerea contextului în care se produce un stimul sau un eveniment, precum şi în stabilirea relevanţei acelui stimul pentru sine. Aşa cum am discutat mai devreme, activitatea la nivelul CCP *scade* în timpul meditaţiei (Brewer, Worhunsky et al., 2011; Hasenkamp et al., 2012). Deşi descoperirea unor cantităţi sporite de materie cenuşie într-o regiune cu un nivel redus de activitate poate părea contraintuitivă, descoperirea nu este una

neobişnuită, dat fiind că relaţia dintre structură şi funcţie poate fi una complexă. Materia cenuşie modificată nu face decât să reflecte o schimbare a arhitecturii neurale în zona aceasta, despre care presupunem că susţine funcţionarea modificată.

A treia regiune cu mai multă materie cenuşie a fost joncţiunea temporo-parietală (JTP), care joacă un rol central în empatie şi compasiune (Decety şi Michalska, 2010). JTP pare să joace, de asemenea, un rol central în medierea perspectivei la persoana întâi asupra stărilor corporale (Arzy, Thut, Mohr, Michel şi Blanke, 2006; Blanke et al., 2005). Deficitele de JTP sunt asociate cu experienţe extracorporale (Blanke şi Arzy, 2005), sugerând că schimbările materiei cenuşii din regiunea aceasta s-ar putea afla în spatele unui sentiment crescut al propriului corp, ca rezultat al pregătirii pentru meditaţie.

Pe lângă descoperirea unor regiuni cu mai multă materie cenuşie, am observat şi o reducere a densităţii materiei cenuşii la nivelul amigdalei, care s-a corelat

cu o schimbare a nivelurilor de stres percepute (Hölzel et al., 2010; vezi Figura 15.2). Se ştie foarte bine că amigdala joacă un rol central în excitaţia emoţională şi medierea răspunsurilor fiziologice la ameninţări. Cu cât scădeau mai mult nivelurile de stres ale unui participant în urma RSBM, cu atât mai puţin densă era amigdala. Observaţia aceasta reprezintă o paralelă importantă cu studiile derulate pe şobolani (Mitra, Jadhav, McEwen, Vyas şi Chattarji, 2005). În cadrul acestor

experimente efectuate pe animale s-a observat că amigdala acestor şobolani devenise *mai densă* după ce animalele fuseseră puse într-o situaţie de viaţă stresantă. Cercetătorii au pus apoi şobolanii înapoi în mediul nestresant. E interesant de observat că, atunci când au testat din nou şobolanii după 3 săptămâni, amigdala era în continuare mai densă, iar animalele continuau să se comporte ca şi cum ar fi fost stresate în continuare. Mediul lor revenise la o stare paşnică, dar nu şi creierii sau comportamentul lor. Situaţia a fost inversată în cazul subiecţilor noştri. După intervenţia cu mindfulness de 8 săptămâni, vieţile lor au rămas la fel; aveau aceleaşi slujbe stresante şi aceiaşi oameni dificili în vieţile lor. Mediul lor nu se schimbase, dar creierii lor şi *relaţia cu mediul*, da. Mărimea redusă a amigdalei este o reflectare a acestei schimbări interne.

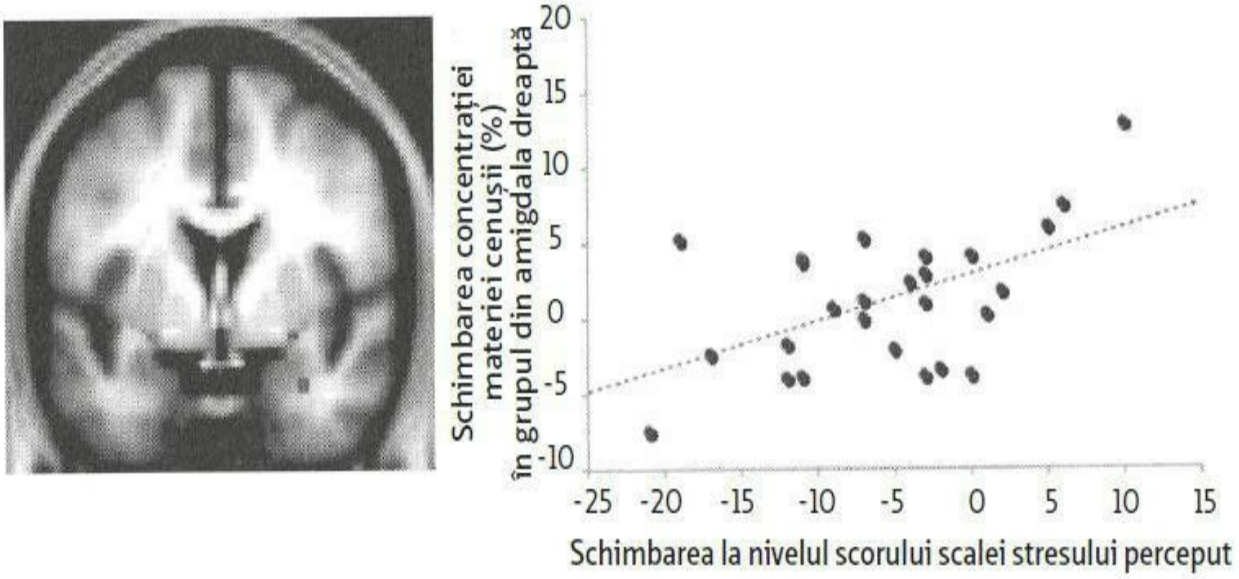


FIGURA 15.2. Schimbarea la nivelul stresului e corelată cu schimbarea materiei cenuşii din amigdală. Date din Hölzel et al. (2010).

Din păcate, nu ştim exact ce produce aceste schimbări ale materiei cenuşii. În cazul hipocampului, se poate să fie vorba despre crearea mai multor neuroni, dat fiind că ştim că neuronii se formează în hipocamp, deşi amploarea schimbării observate sugerează că mai contribuie şi alţi factori. În cazul celorlalte regiuni cerebrale, mecanismul de schimbare e incert. Se poate ca mărirea numărului de conexiuni dintre neuroni să contribuie la schimbări.

IRM se poate folosi şi pentru a analiza structura materiei albe din creier, care

constă în teci lungi de fibre între două capete ale unui neuron. Experimentele recente sugerează că practicarea meditaţiei promovează creşterea nivelului de materie albă în aceleaşi regiuni ale creierului în care se produc schimbările de la nivelul materiei cenuşii (Kang et al., în curs de apariţie la data ediţiei în engleză; Luders, Clark, Narr şi Toga, 2011; Tang et al., 2011, 2012). Această creştere a densităţii tecilor de materie albă corespunde interpretării conform căreia schimbările de la nivelul materiei cenuşii se datorează numărului de conexiuni dintre neuroni, dat fiind că fibrele care unesc neuronii se întind deseori pe distanţe mari. Studiile efectuate pe animale sugerează că şi alte mecanisme ar putea contribui la schimbările materiei cenuşii, inclusiv creşterea numărului de celule ajutătoare mici (numite *astrocite*) sau creşterea diametrului vaselor de sânge. O modificare a oricăreia dintre aceste componente neurale corespunde neuroplasticităţii şi achiziţiei de noi informaţii sau comportamente.

În rezumat, au fost observate schimbări structurale în regiuni cerebrale importante pentru reglarea emoţiilor, empatie şi procesarea autoreferenţială. În plus, schimbările nivelurilor de stres datorate meditaţiei cu mindfulness s-au corelat cu schimbări la nivelul densităţii materiei cenuşii a amigdalei. Datele acestea ne oferă informaţii importante despre cum funcţionează meditaţia şi furnizează dovezi neurale considerabile în sprijinul afirmaţiilor că persoanele care practică meditaţia

îşi îmbunătăţesc dispoziţia, capacitatea de reglare a emoţiei şi, în special, capacitatea de a gestiona situaţiile stresante când nu meditează. Practicarea regulată a meditaţiei remodelează la propriu creierul, ducând la schimbări de durată ale funcţionării neurale.

Schimbări ale activității cerebrale în afara meditației

Vom avea acum în vedere dovezile pentru această ultimă parte a modelului de lucru din Figura 15.1. respectiv că practicarea frecventă a meditației ar trebui să ducă la schimbări ale activității creierului de-a lungul zilei, în timp ce sunt îndeplinite alte sarcini, nu doar în timpul meditației. În decursul ultimilor câțiva ani, un corp din ce în ce mai mare de dovezi a început să demonstreze astfel de schimbări. Mai multe studii efectuate pe subiecți sănătoși au indicat că activitatea de la nivelul amigdalei, regiunea cerebrală cel mai îndeaproape asociată cu excitația emoțională, se corelează deseori invers cu activitatea de la nivelul regiunilor *de control executiv* ale cortexului prefrontal (de exemplu, CCA și cortexul prefrontal dorsolateral), sugerând că aceste regiuni frontale joacă un rol important în reglarea emoțiilor (Ochsner, Bunge, Gross și Gabrieli, 2002).

Mai multe studii au încercat să exploreze această rețea de reglare a emoției la

mai mulți practicanți ai meditației. Studiile care au explorat efectele longitudinale ale antrenamentului pentru mindfulness pe termen scurt (1–8 săptămâni) pentru începători au descoperit reduceri ale activității amigdalei ca răspuns la o varietate de stimuli afectivi, inclusiv imagini evocatoare emoțional (Desbordes et al., 2012; Taylor et al., 2011), expresii faciale (Hölzel et al., 2013) și convingeri negative despre sine (Goldin și Gross, 2010). Interesant e că singurul dintre aceste studii care a raportat o creștere concomitentă a regiunilor executive frontale a folosit pregătirea pentru meditație doar vreme de o săptămână (Taylor et al., 2011). Celelalte studii, care folosiseră programe de pregătire pentru meditație de 8 săptămâni, nu au observat nicio schimbare la nivelul regiunilor executive frontale, sugerând că pregătirea pentru meditație oferă un mecanism nou de reglare a funcției amigdalei. Într-adevăr, unul dintre rapoarte (Hölzel et al., 2013) a descoperit o conectivitate *crescută* între amigdală și o subregiune a cortexului prefrontal dorsolateral despre care se crede că ar monitoriza (dar nu și modifica) activitatea amigdalei, sugerând că reglarea tipică a reactivității emoționale prin intermediul cortexului prefrontal a fost înlocuită cu un răspuns neural mai puțin reactiv.

Uimitor, studiile derulate cu persoane care practicau meditația de mult timp

au descoperit diferențe și mai pronunțate la nivelul răspunsurilor neurale la stimuli afectivi. Studiile care au folosit imagini afective au descoperit că meditatorii zen cu

experiență percepeau aceste imagini ca fiind mai puțin intense câtă vreme erau într-o stare de mindfulness decât în rest, dar acest lucru s-a petrecut fără *vreo* reglare a amigdalei și fără creșterea activității la nivelul ariilor cerebrale prefrontale modulatoare (Taylor et al., 2011). Alte studii care au folosit practicanți experimentați de zen au descoperit că, în comparație cu subiecții de control, meditatorii au mai puțină activitate în regiunile creierului responsabile pentru raționamentul conceptual în timpul unei sarcini de decizie lexicală, ceea ce sugerează un nivel redus al elaborării și reactivității emoționale la stimuli (Pagnoni, Cekic și Guo, 2008).

Mai multe studii au folosit durerea ușoară indusă experimental sau sunete neplăcute pentru a explora felul în care practicarea meditației poate modifica răspunsul emoțional al individului la acești stimuli neplăcuți. Aceste studii au demonstrat că meditatorii cu experiență cotează intensitatea stimulilor similar cu subiecții de control, dar au cotații autodeclarate ale neplăcerii la acei stimuli semnificativ reduse (Gard et al., 2012; Grant et al., 2011; Lutz et al., 2013; Perlman et al., 2010). E important de observat că aceste schimbări erau însoțite de o activare cerebrală crescută în zonele senzoriale, inclusiv insula, și de o activare scăzută în zonele asociate controlului executiv, evaluării și emoției (cortexul prefrontal, amigdala și hipocampul). Aceste date reflectă o scădere a controlului cognitiv, nu o reducere a

senzației de durere per se. Într-unul dintre studii, sensibilitatea mai redusă la durere a meditatorilor era previzionată puternic de decuplarea dintre activitatea la nivelul zonelor prefrontale cognitiv-evaluative și zonele senzoriale ale durerii (Grant et al., 2011). Această decuplare ar putea corespunde substratului neural al capacității celui care meditează de a privi neutru stimulii dureroși. Aceste observații neurale modificate corespund instrucțiunilor din pregătire pentru mindfulness de a „observa doar ce se întâmplă“ și de a „lăsa lucrurile să fie așa cum sunt”. Farb și colegii săi (2007) au demonstrat, de asemenea, o activitate crescută la nivelul regiunilor senzoriale, inclusiv al insulei, în timpul procesării experiențiale a stimulilor afectivi după pregătirea pentru mindfulness. Aceste observații au implicații

interesante pentru folosirea practicii mindfulness în tratarea durerii cronice (vezi Capitolul 10).

Pe lângă demonstrarea schimbărilor de la nivelul activității creierului în timpul acestor sarcini, studiile recente au demonstrat și o activitate cerebrală modificată asociată pregătirii pentru mindfulness în timpul odihnei simple. Așa cum am discutat mai sus, RMI, care este principalul set de regiuni cerebrale care pare a fi activ în timpul odihnei, se crede că joacă un rol central în crearea sentimentului sinelui și identității și se înțelege că e mai activă în timpul perioadelor când mintea rătăcește. CCP, care e dezactivat în timpul meditației (Brewer, Worhunsky et al.,

2011; Hasenkamp et al., 2012) este una dintre ariile cu o densitate modificată a materiei cenușii în urma RSBM (Hölzel, Carmody et al., 2011) și este un element central al RMI. Mai multe studii au demonstrat că meditatorii cu experiență au o conectivitate crescută între regiunile RMI (Brewer, Worhunsky et al., 2011: Hasenkamp și Barsalou, 2012; Jang et al., 2011: Taylor et al., 2013). Modificări la nivelul altor rețele în stare de odihnă au fost identificate la începători după participarea la RSBM (Kilpatrick et al., 2011). Mai multe dintre studiile efectuate pe practicanți experimentați au demonstrat și ele că activitatea de la nivelul RMI este legată mai strâns de alte rețele în timpul odihnei, mai ales cu rețelele asociate atenției și controlului executiv (Bærentsen et al., 2010; Brewer, Worhunsky et al., 2011; Hasenkamp și Barsalou, 2012; Pagnoni et al., 2008), despre care s-a sugerat că reflectă abilitatea sporită de a fi atent, de a se rupe de elementele care distrag atenția și de a petrece mai puțin timp în care mintea hoinărește, chiar și atunci când nu meditează.

E interesant că observațiile acestea sunt opusul a ceea ce se remarcă în cazul bolii Alzheimer sau al autismului, în care s-a raportat o conectivitate redusă în cadrul RMI (Brier et al., 2012). În cazul acestor afecțiuni, diferențele de conectivitate sunt legate de simptome clinice adesea profunde. Faptul că experiența meditației este asociată cu schimbări de amploare similară, dar în direcția opusă are implicații

pentru natura profundă a schimbărilor care ar putea să se producă în contextul practicării meditației.

Capitolul acesta a oferit o privire de ansamblu asupra literaturii neurobiologice recente referitoare la meditația cu mindfulness și la dovezile neuroplasticității bazate pe mindfulness. Datele raportate de literatura aceasta oferă importante insight-uri legate de felul în care acționează meditația și aduc dovezi considerabile în sprijinul declarațiilor celor care o practică, potrivit cărora le îmbunătățește dispoziția, capacitatea de reglare a emoțiilor și, mai ales, capacitatea de a face față situațiilor stresante. Analiza aceasta ne arată însă doar vârful aisbergului, fiindcă mai avem multe de aflat despre felul în care schimbările acestea de la nivelul creierului duc la multitudinea de schimbări relatate de meditatori. În special, cea mai mare parte a cercetării neurale făcute până în prezent s-a concentrat asupra RSBM și meditației pentru conștientizarea respirației. Există nenumărate tehnici de meditație și trebuie să înțelegem mai bine asemănările și deosebirile, atât neurologice, cât și clinice, dintre diferitele tipuri de practici.

Sunt întrebată adesea: „Datele acestea ne spun că oameni ar trebui să mediteze ca să își lărgească creierul?“ Sau: „Am început să îmbătrânesc — oare ar trebui să meditez ca să îmi împiedic creierul să se micșoreze?” Deși datele noastre ne indică faptul că practicarea meditației schimbă creierul, e important de ținut minte

că învățarea *oricărei* sarcini noi va duce la schimbări în creier. Scopul datelor este acela de a înțelege mai bine cum ar putea acționa meditația. Și totuși, am auzit de la mulți profesori de meditație că, atunci când oamenii vin pentru prima dată la cursuri, sunt deseori puțin sceptici. Elevii îi întreabă: „Asta chiar mă ajută la ceva?“ sau „Trebuie să exersez mai mulți ani ca să beneficiez de pe urma meditației?” Un scop al datelor este să contribuie la eliminarea acestor îndoieli privind eficiența meditației și a mindfulness-ului, spre deosebire de simpla prezentare a schimbărilor la nivelul creierului ca obiectiv principal al practicii.

O să închei cu un koan zen: „Voind să cumpere fier, obțin aur". În cazul meu, am început să practic yoga ca formă de terapie fizică pentru o durere de genunchi. Nu credeam niciuna dintre afirmațiile legate de sănătate sau cogniție ale profesorilor, dar, după câteva săptămâni, mi-am dat seama că practica yoga înseamnă mai mult decât o modalitate de a-mi reabilita genunchiul. Experiența e una obișnuită pentru cei care vin la antrenamentele

de yoga și meditație. Încep practica dorind să reducă stresul sau să-și crească dimensiunea creierului, sau să aducă un alt beneficiu tangibil în viețile lor — dar încep să își dea seama că aceste practici fac mult mai mult: le îmbogățesc viețile în direcții neanticipate și îi ajută în feluri în care nici măcar nu știau că trebuie ajutați.

CAPITOLUL 16

Psihologia pozitivă și Calea Bodhisattva

Charles W. Styron

Iluminat înseamnă să te trezești la bunătatea elementară care se găsește aici, în inima umanității noastre. Societatea este expresia naturală a acelei bunătăți. Se manifestă ca o legătură naturală între ființe, resimțită ca bunătate. Astfel, o societate iluminată este o asociere reciprocă trează și prietenoasă.

SAKYONG JAMPAL TRINLEY DRADUL (2012)

Psihologia pozitivă nu e ceva nou. Deși a devenit o disciplină formală în 1998, când Martin Seligman a ales-o drept temă a anului ca președinte al Asociației Psihologice Americane, Abraham Maslow (1954) a creat termenul în anii 1950. Dar chiar și el a făcut-o cu întârziere — cu mare întârziere. După cum va indica acest capitol, cele mai importante principii ale psihologiei pozitive sunt destul de vechi. În unele privințe, psihologia pozitivă servește vinuri vechi în sticle noi, susținând

empiric ceea ce se știe de mai mult de două milenii la nivelul experienței.

Toată lumea vrea să fie fericită, iar psihologia pozitivă adoptă perspectiva conform căreia cultivarea bunăstării omenești este la fel de importantă ca tratarea maladiilor și patologiilor sale. Dalai Lama a spus chiar că tocmai scopul vieții omenești este fericirea (Dalai Lama & Cutler, 1998) și, într-adevăr, meditația cu mindfulness are în centru atingerea stării de bine. Prin urmare, psihologia pozitivă și meditația cu mindfulness au aspirații foarte similare.

Încă din vremuri străvechi, au existat numeroase practici care facilitează călătoria către fericire. În psihologia budistă timpurie (*theravada*), meditația cu mindfulness era concepută ca o modalitate de a depăși durerea inevitabilă a vieții. În psihologia budistă de mai târziu (*mahayana* și *vajrayana*), un punct central a devenit realizarea *naturii buddha* — ceea ce Chogyam Trungpa (1984) a numit mai recent „bunătatea elementară" (vezi pp. 29-33). Imagini fugitive cu starea aceasta au dus la dorința de a o menține mai mult

în experienţa cotidiană, printr-o practică sistematică şi disciplinată.

Integrarea vechiului şi a noului nu este niciodată uşoară, iar aici, în încercarea de a o face, există riscul de a dilua înţelepciunea antică pentru a plăcea înţelegerii moderne. Pe de altă parte, există şi riscul opus de a accepta afirmaţiile experienţiale de durată în baza credinţei, fără dovezi obiective. Paradigma dominantă pentru

validarea felului în care înţelegem lumea în prezent este cea empirică, dar, după cum evidenţiază David Deutsch (2011) cu atâta elocvenţă, este în egală măsură un construct intelectual cum sunt toate celelalte perspective filosofice. Trebuie să lucrăm cu uneltele ştiinţifice pe care le avem la dispoziţie, dar trebuie să o facem cu precauţie, onorând şi respectând ce ne-au transmis predecesorii noştri în baza explorărilor lor interioare.

Cei trei piloni ai psihologiei pozitive

Seligman (2002) a afirmat iniţial existenţa a trei căi principale pentru atingerea fericirii: (1) cultivarea emoţiilor pozitive (inclusiv experienţele plăcerii), (2) angajarea deplină în propriile activităţi şi (3) serviciul cu semnificaţie pentru ceilalţi. De curând, şi-a revizuit postulatul adăugând (4) relaţiile pozitive şi (5) realizarea. De asemenea, şi-a schimbat obiectivul ţintit din „fericire“ — pe care acum o caracterizează drept îngusta „entitate a satisfacţiei în viaţă” — în „constructul stării de bine", mai amplu şi mai robust (2011, p. 15). *Starea de bine* este, de asemenea, expresia preferată în capitolul acesta. Pe măsură ce vom analiza posibilitatea de a integra psihologia pozitivă şi practica mindfulness, ne vom concentra în plus asupra celor trei elemente originale ale lui Seligman, datorită largii acceptări de care se

bucură în domeniu.

Cultivarea emoţiilor pozitive

Trecut

Primul element pentru obţinerea stării de bine se referă la emoţia pozitivă şi este împărţit în trei secţiuni care privesc trecutul, viitorul şi prezentul. În

căutarea experienței emoționale pozitive din trecut, interpretarea devine extrem de importantă. Deși trecutul nu poate fi schimbat, reîncadrarea modului în care ne gândim la el poate duce la rezultate benefice. Practicarea recunoștinței, de exemplu, oferă un sentiment puternic de rentabilitate a investiției. În cadrul unui studiu desfășurat la Universitatea Pennsylvania, Seligman (2003; Seligman, Steen, Park și Petersen, 2005) s-a descoperit că scrierea unei scrisori de recunoștință unei persoane importante din trecut producea îmbunătățiri perceptibile în direcția stării de bine, iar aceste efecte persistau vreme de până la 6 luni. Lambert, Fincham, Stillman și Dean (2009) au consemnat la rândul lor că „sentimentele mai puternice de recunoștință sunt asociate cu un materialism mai redus" (p. 32). Deși constituie o provocare mult mai mare, scrierea scrisorilor de iertare produce rezultate similare.

Chiar dacă recunoștința este aproape întotdeauna apreciată și stimulează

relația în care e exprimată, nu se poate spune același lucru despre iertare. Uneori, iertarea e cea mai eficientă ca transformare internă, iar meditația cu mindfulness poate juca un rol important în atingerea unei stări interioare, unde e posibil. De exemplu, meditația ne ajută să depășim „euristica disponibilității" (Kahneman, 2011, p. 8), o tendință inconștientă puternică de a face judecăți intuitive *rapide* pe baza gândurilor care prevalează în mintea noastră (de exemplu, răzbunare) în loc de a folosi evaluări reflective ale experienței, mai măsurate, *lente* (de exemplu, iertarea). Alte modalități prin care meditația poate promova iertarea sunt: (1) tocirea marginii ascuțite a emoției negative prin expunere repetitivă, (2) decentrarea treptată de emoția negativă și privirea propriei dureri cu mai puțină pasiune și (3) îmbrățișarea interconexiunii inerente cu cei care ne-au produs durere, voluntar sau involuntar. Snyder, Lopez și Pedrotti (2011) detaliază o cale similară spre iertare în manualul lor de psihologie pozitivă. Pacienții tind să răspundă bine la exercițiile de recunoștință și iertare pentru că exprimă sentimente importante, care se poate să nu mai fi fost articulate până atunci. Aceste practici pot fi chiar benefice când sunt direcționate către sine (McCarthy, 2012; Snyder et al., 2011).

Viitor

Resimțirea de emoții pozitive cu privire la viitor este la fel de importantă ca

în cazul trecutului, deşi, ori de câte ori sunt întreţinute proiecţii pentru viitor, anxietatea este şi ea deseori aproape. Mindfulness-ul poate fi de folos şi aici. În cazul meditației, putem asista la capacitatea aproape infinită a minţii de a selecta gândurile noastre catastrofice. Procesul meditativ de a ne detaşa delicat de o astfel de gândire negativă poate fi benefic, deşi poate fi necesar destul de mult timp petrecut pe perna de meditație. Reîncadrarea gândurilor catastrofice în termeni realişti, folosirea de instrumente cognitiv-comportamentale poate produce o uşurare şi mai mare, dar pasul e mult mai uşor de făcut odată ce am început să ne rupem de gânduri. Practica meditației nu are egal în facilitarea acestui proces, arătându-ne că gândurile sunt doar gânduri, nu fapte. Unirea disciplinei mindfulness cu practica psihologiei pozitive a contestării cognitive (Seligman, 2013) poate, aşadar, să ne remodeleze puternic sentimentele privind viitorul.

Prezent

În final, ajungem la prezent şi la rolul plăcerii. Plăcerea este o componentă importantă a stării de bine, dar anumite puncte stabilite personal limitează starea de bine obţinută doar din plăcere (Lucas, Clark, Georgellis şi Diener, 2003).

Conform Sonyei Lyubomirsky (2007), pentru orice individ, aproximativ 50% din potenţialul de fericire e ereditar, 10% se datorează unor circumstanţe ereditare şi 40% poate fi afectat direct de cum gândim şi ce facem. Experienţa plăcerii este, aşadar, legată de trăsăturile personale. Plăcerea ţine şi de fenomenul pe care îl numim *banda de alergare hedonică* (Ryan şi Deci, 2001; Seligman, 2002). Aceasta se referă la tendinţa noastră de a ne obişnui rapid cu schimbările semnificative din vieţile noastre. Din păcate, obişnuirea se produce şi mai rapid ca răspuns la schimbările pozitive decât se produce în cazul schimbărilor negative (Lyubomirksy, 2007). Cercetările au arătat că obişnuirea cu faptul de a fi câştigat la loterie poate avea loc în decurs de un an (Brickman, Coates şi Janoff-Bulman, 1978), iar săturarea de un desert dulce se produce în câteva minute. Deşi plăcerea este un partener limitat şi cumva pe care nu poţi pune bază în căutarea stării de bine de durată, ea continuă să fie un element foarte puternic de motivaţie.

În căutarea fericirii, meditația cu mindfulness se dovedeşte a fi un aliat puternic şi neaşteptat. Meditația duce la *gratificare*, o satisfacţie care se

obține printr-un efort conștient (Seligman, 2002), nu o plăcere obținută pasiv. Meditația contribuie și ea la capacitatea de a fi *în* momentul prezent în loc să ne lăsăm cuprinși de gânduri despre trecut și viitor. Se dovedește că a fi în momentul prezent este un element-cheie al plăcerii. Killingsworth și Gilbert (2010) au folosit o metodologie de

testare a experienței cu un smartphone care a indicat că mintea participanților era în altă parte în 46,9% din timp — nu se gândeau la ce fac. De asemenea, s-a dovedit că o minte concentrată asupra prezentului erau un predictor mai bun pentru fericirea participanților decât activitatea la care luau aceștia parte. După cum va atesta oricine practică regulat meditația cu mindfulness, viața e palpabil mai plăcută când ești mai prezent. Prin cultivarea unei minți relaxate, concentrate delicat, meditația stimulează plăcerea permițându-ne să „savurăm" experiențele plăcute (Snyder et al., 2011). Savurarea, însă, este un produs secundar neplanificat al meditației, și nu unul dintre obiectivele ei declarate.

Meditatorii dedicați, cu experiență, par a avea o capacitate remarcabilă de a se bucura de cele mai simple lucruri, afișând o atitudine de bucurie față de orice aspect la vieții. Cercetările neuroștiințifice contemporane coroborează această impresie. De exemplu, o tomografie cu emisie de pozitroni (TEP) pentru un călugăr care practicase meditația vreme de mulți ani a indicat activarea cortexului prefrontal stâng — o arie asociată cu emoția pozitivă — mult mai energică decât la subiecții din grupul de control (Davidson și Harrington, 2001). Efecte semnificativ mai puțin pronunțate, dar similare au fost observate la subiecții care practicaseră doar 8 săptămâni de meditație cu mindfulness (Davidson et al., 2003).

Experiențele emoționale pozitive din trecut, viitor și prezent ne reamintesc că

viața e bună. Practica meditației duce un pas mai departe această accepțiune. Timpul petrecut pe perna de meditație ne reamintește aproape întotdeauna că viața e bună, și așa este, paradoxal, *chiar și când nu este*. Aici începem să gustăm esența a ceea ce tradițiile budiste numesc *natura Buddha* — experiența ce nu poate fi negată, intangibilă, dar reală a bunătății inerente a tuturor fenomenelor. Nu e foarte logic, dar există acolo ca temelie. E ceea ce ne face să mergem mai departe, chiar și atunci când totul pare a se nărui. De asemenea, probabil că e motivul care l-a făcut pe Wittgenstein, filosoful

pozitivist destul de pesimist, să afirme pe patul de moarte că totul fusese „minunat, minunat, minunat" (Seligman, 2003).

Angajarea şi serviciile pentru ceilalţi

Să ne îndreptăm acum spre aspectul dificil al psihologiei pozitive: angajarea deplină în activităţile altcuiva şi serviciul semnificativ pentru alţii. Chiar dacă putem avea o stare de bine considerabilă prin intermediul unor practici care stimulează emoţiile pozitive din trecut, prezent şi viitor, există limitări, iar limitările acestea sunt cel mai vizibile în cazul experienţei trecătoare a plăcerii. În schimb, starea de bine obţinută prin angajare şi serviciu semnificativ este relativ nelimitată. Nu este îngrădită de puncte stabilite personal, de saţietate sau regrete pentru trecut sau

anxietate pentru viitor. Angajarea şi serviciile semnificative iau, astfel, un rol dominant în demersul de ansamblu al psihologiei pozitive şi sunt intim legate de exercitarea a ceea ce Peterson şi Seligman (2004) numesc *atuurile-semnătură.* Pentru a sublinia ideea aceasta, Snyder şi colegii săi (2011) şi-au intitulat excelentul manual *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strenghts* (Psihologia pozitivă: explorări ştiinţifice şi practice ale punctelor forte umane).

Atuurile-semnătură sunt seturi de abilităţi inerent puternice şi familiare pentru un anumit individ, iar Peterson şi Seligman susţin că angajarea şi semnificaţia se materializează pe deplin în viaţa persoanei doar atunci când sunt folosite cu destulă larghețe. Gama completă de atuuri identificate de Peterson şi Seligman acoperă varietatea de activităţi umane şi include active precum curajul, iubirea, umanitatea şi temperarea — cu totul 24. Deşi toate ne sunt familiare, fiecare individ va observa că mai multe atuuri-semnătură sunt însoţitori apropiaţi, frecvenţi, în vreme ce altele vor rămâne distante, dificile. Atuurile-semnătură se definesc ca acelea care sunt contributorii prevalenţi, productivi şi fără efort la realizarea cu succes a activităţilor persoanei respective. Sunt moduri de exprimare sau acţiune în cadrul cărora o anumită persoană are cele mai bune rezultate — *cele mai bune* în sensul comparaţiei cu toate celelalte moduri în care s-ar putea descurca persoana, nu cele mai bune în comparaţie cu alţii. Prin urmare, *toată lumea* are o colecţie de

atuuri-semnătură. Din fericire, există un instrument pe internet care să te ajute să îţi identifici atuurile-semnătură, prin intermediul unei evaluări cu alegere forţată. Se numeşte Chestionarul atuurilor de caracter Virtuţi în Acţiune (VIA) şi poate fi accesat la adresa www.authentichappiness.sas.upenn.edu/default.aspx (Seligman, 2004).

Angajamentul, cel de-al doilea element pentru obţinerea stării de bine, se produce atunci când mai multe componente se unesc în cazul unui individ: atuuri-semnătură, o activitate sau un proiect potrivit pentru acestea, un aspect de provocare, lipsa unei presiuni temporale excesive şi un grad de pasiune sau interes. E important ca nivelul de abilitate din atuul identificat să corespundă nivelului de dificultate asociat cu activitatea. Abilitatea excesivă va duce la plictiseală, în vreme ce o provocare excesivă va duce la anxietate sau îngrijorare (Snyder et al., 2011), astfel că o oarecare provocare e necesară pentru a păstra lucrurile interesante. De fapt, bine cunoscutul profesor de zen Ezra Bayda (2010) spune: „Nu putem fi cu adevărat fericiţi *până când* nu avem o viaţă dificilă" (p. 85).

Când suntem angajaţi într-o activitate solicitantă şi mai avem şi abilităţi pentru ea, se produce o oarecare absorbţie. Mihaly Csikszentmihaly (1991) a identificat absorbirea aceasta ca pe o experienţă optimă numită *flux*. Fluxul este marca angajamentului maxim — pierdem noţiunea timpului, lucrăm fără efort, rămânem uşor

concentraţi şi ne facem treaba fără a fi conştienţi de sine.

Deşi fluxul neînlănţuit marchează apogeul angajamentului, fluxul nu e necesar pentru o satisfacţie semnificativă. Fluxul se produce pe un continuum şi accesarea acestuia, chiar una modestă, este întotdeauna preferabilă alternativei. Adevăratul element necesar pentru satisfacţia în viaţă este exercitarea atuurilor-semnătură. Nu există limite de timp pentru exprimarea atuurilor-semnătură — ne putem angaja în activitatea respectivă vreme de ore, zile, săptămâni sau chiar ani. De asemenea, nu contează care e acel atu, deşi unele (de exemplu, curiozitatea) pot fi puse în practică mai uşor decât altele (de exemplu, curajul).

Conform definiţiei originale a lui Seligman (2002), *angajamentul* se distinge de serviciile semnificative aduse altora mai ales prin intenţie. Angajamentul

apare în căutarea obiectivelor personale, în vreme ce semnificaţia se exprimă atunci când cineva „își folosește atuurile-semnătură într-un scop superior" (p. 249). Dar întrucât atuurile și virtuțile țin de interacțiunile noastre cu alții în cea mai mare parte a timpului, granița dintre angajament și serviciu semnificativ se începtoșează deseori.

Virtutea

Domeniul psihologiei pozitive se concentra inițial asupra atingerii individuale

a stării de bine. Seligman (2002, 2004) și alții făceau adesea referire la relațiile *interpersonale* în literatura timpurie, dar accentul rămânea pe atingerea fericirii prin eforturi individuale. Deși fericirea per se se simte și se măsoară, în ultimă instanță, la nivel individual, o mare parte a literaturii relativ recente din psihologia pozitivă a avut o natură mult mai socială. Deși există numeroase explicații pentru acest nou accent interpersonal din psihologia pozitivă, principalul motiv ține de rolul virtuții.

Așa cum am observat mai sus, Peterson și Seligman (2004) au identificat 24 de atuuri de caracter în lucrarea lor germinală *Character Strenghts and Virtues — Atuuri ale caracterului și virtuți.* Acestea au fost distilate în urma unei examinări exhaustive a principalelor tradiții spirituale, etnice și culturale ale lumii. (Opera e în lucru, după cum afirmă autorii[22].) Cele 24 de atuuri sunt grupate în funcție de șase virtuți: înțelepciune, curaj, umanitate, dreptate, temperare și transcendență. Toate marile tradiții ale lumii, susțin ei, au descoperit că starea de bine este un produs al practicării acestor șase virtuți specifice (sau virtuți foarte similare acestora). Mai mult decât atât, colecția aceasta de virtuți încearcă să acopere întregul domeniu al exprimării umane pozitive. Ideea că practicarea virtuților duce la starea de bine, desigur, nu e de mirare pentru cei mai mulți dintre noi (vezi Capitolul 6). Poate l-am studiat pe Aristotel la filosofie, am auzit despre ea în oricare dintre numeroasele tradiții religioase sau ne-a fost inspirată de părinții noștri și de profesori.

Căutarea virtuții ne este, de fapt, atât de familiară, încât se poate să fi devenit cumva căliți.

Punând practicarea virtuții în centrul psihologiei pozitive, Peterson și Seligman ne aduc pe un teren familiar. Chiar dacă poate ne-am păstrat pentru

ceva mai nou, mai incitant şi mai puţin solicitant, prin practica aceasta ne dăm seama că nu trebuie să o luăm de la zero. Ne putem continua de multe ori călătoriile fără a pierde vreun pas, dacă ne ţin puterile. Din fericire, dovezile empirice care susţin această practicare a virtuţii au început să se acumuleze, iar astfel de dovezi ne pot inspira şi mai departe (Fredrickson, 2003, 2009; Fredrickson şi Branigan, 2005). În cultura noastră sceptică, această chestiune nu e o bagatelă, iar în activitatea clinică, a formula ce face un pacient în termenii unei virtuţi inerente sau aspiraţii e greu de depăşit.

În lumina fundamentelor psihologiei pozitive discutate până acum, caracterul central al practicării virtuţii pentru a atinge starea de bine şi tendinţa prosocială recentă din literatura de psihologie pozitivă au sens (vezi şi Capitolul 6). Virtutea, se pare, este şi determinată social, şi construită social, la fel cum sunt multe dintre atuurile care îi dau o anumită formă de manifestare. Apare în relaţie cu alte fiinţe umane. Nu e deci de mirare că o mare parte a literaturii recente are o perspectivă relaţională, iar Seligman a identificat chiar domeniul relaţiilor pozitive ca pe un nou

element al reformulării psihologiei pozitive. În cursurile sale televizate de 8 săptămâni, Peterson (2007, 2008) a dedicat aproape jumătate din timp unor subiecte în mod evident sociale. Pentru a sublinia perspectiva socială, Peterson şi Park (2007) rezumă presiunea psihologiei pozitive în propoziţia: „Alţi oameni contează“ (p. 172). Peterson (2007b) adaugă, cumva în acelaşi registru: „Dacă vrei să faci ceva, fă-o cu altcineva”. Nu numai că alţi oameni contează, aşa cum spun; contează mult şi am face bine să îi includem în activităţile noastre cât de des putem. Pe baza acestor două afirmaţii, am putea adăuga, la final, o a treia: „Dacă vrei să faci ceva, fă-o *pentru* altcineva". Vom reveni în scurt timp la perspectiva aceasta şi la logica sa.

Calea Mahayana

Tradiţia budistă mahayana (în sanscrită, *maha* = mare, *yana* = cale) subliniază acţiunea în beneficiul altora. La nivel operaţional, se reduce la practicarea celor şase *paramitas* sau cele şase perfecţiuni. *Paramitas* este un termen sanscrit care înseamnă „care a trecut dincolo“ sau „care e excelent”. *Param* înseamnă „partea cealaltă“ sau „partea cealaltă a râului”, în vreme ce *ita* înseamnă „a ajuns". Prin urmare, *paramita* înseamnă „a ajunge pe partea cealaltă" şi se referă la acţiunea

transcendentală de a merge dincolo de propriile preocupări egoiste.

Paramitas sunt *metavirtuţi* care transcend concepţiile obişnuite despre virtute, pentru că sunt exercitate fără ataşamentul eului, cu o oarecare realizare a golului şi a absenţei sinelui, aşa cum au fost descrise în Capitolele 2 şi 14. Bineînţeles, pentru cei mai mulţi oameni, e o treabă grea şi funcţionează cel mai bine atunci când e menţinută ca o aspiraţie, nu ca o realitate. *Paramitas* sunt, de fapt, practicate simultan în cea mai mare parte a timpului, dar, de obicei, sunt prezentate într-o anumită ordine. Ele sunt (alături de denumirile sanscrite):

1. Generozitate (*dana*) — a da fără a avea aşteptări sau a căuta recunoaştere, fără ataşament.

2. Disciplină (*sila*) — a practica un comportament etic; a se abţine de la a face rău.

3. Răbdare (*ksanti*) — a se abţine necondiţionat; a aştepta fără a urmări un scop.

4. Străduinţă (*virya*) — activitate bucuroasă, fără efort, folositoare de dragul propriei persoane.

5. Meditaţie (*samadhi*) — echilibru mental universal, care se naşte dintr-o minte împăcată.

6. Înţelepciune (*prajna*) — conştientizare înnăscută, discriminatoare, care vine din interior.

De observat că *paramitas* au o asemănare ciudată cu virtuţile catalogate în lucrarea *Character Strenghts and Virtues* a lui Peterson şi Seligman. Mai jos se regăseşte o asociere a celor şase *paramitas* şi a celor şase virtuţi, cu o evaluare a comparabilităţii lor între paranteze.

Lipsa unei potriviri perfecte în acest caz nu contează — ceea ce vreau eu să arăt este consonanţa uimitoare dintre *paramitas* şi virtuţile psihologiei pozitive. Comparabilitatea are sens, desigur, fiindcă virtuţile au fost identificate în baza recurenţei proeminente într-un număr mare de tradiţii.

Una dintre acestea a fost, fără

îndoială, tradiția budistă mahayana.

În general, practica mahayana poate fi descrisă ca a acționa consecvent în beneficiul celorlalți și, într-o oarecare măsură, aceasta e o disciplină pe care mulți dintre noi o practică în viața cotidiană. Cuvintele funcționale însă aici sunt *într-o oarecare măsură*, pentru că practica mahayana este destul de ambițioasă. Când pornește oficial pe calea aceasta, un practicant de meditație depune, de obicei, *Jurământul Bodhisattva* în prezența profesorului său. Jurământul este unul destul de poetic și are la bază o prezentare amplă a lui Shantideva, un învățat budist din secolul al optulea, numită *Bodhicaryavatara* (1979, pp. 685–783). Parțial, sună astfel:

La fel cum pământul și celelalte elemente, alături de spațiu,

Oferă etern susținere în multe feluri pentru nenumăratele ființe cu simțire,

Fie să devin și eu sprijin în toate felurile pentru ființele cu simțire,

Până la limitele spațiului, până ce toate au atins nirvana.

Liturghia de dimineață pentru elevii Mahayana

(Comitetul de Traduceri Nalanda, 2004, pp. 6–7)

Jurământul acesta e sălbatic de ambițios, astfel că rămâne la rangul de

aspirație — *călătoria pe calea bodhisattva*. *Bodhi* (în sanscrită) înseamnă „treaz", iar *sattva* înseamnă „ființă", astfel încât *calea bodhisattva* înseamnă „calea ființei treze". Asta se presupune că face o persoană, dacă este cu adevărat trează, conștientă cu adevărat de locul său în lume. E o declarație interesantă, cu siguranță, dar de ce a fost făcută, de la bun început?

Răspunsul poate părea paradoxal, cel puțin inițial. Practicanții de mindfulness au descoperit cu peste 2500 de ani în urmă că a lucra pentru binele celorlalți este, de fapt, o cale mult mai potrivită și mai eficientă către starea de bine decât simpla urmărire a propriilor interese. Nu uitați însă că problema aici este *starea de bine*. Calea bodhisattva duce la starea de bine; poate să ducă

sau nu la plăcere sau laude sau bogăţie sau faimă. Cercetările contemporane au arătat că, mai mult, obiectivele lumeşti apreciate convenţional, cum sunt cele amintite, au o corelaţie redusă, dacă o au, cu fericirea de durată (Lyubomirsky, 2007). Impulsul bodhisattva este unul promiţător, aşadar, pentru că ne oferă o provocare legată de felul în care să ne ducem vieţile. Provocarea e una dificilă şi, într-o lume complexă, ar putea necesita un compromis fin acordat între obiective şi aspectele practice.

Numeroşi practicanţi occidentali sunt de părere că idealul bodhisattva este cumva sufocant, iar pentru cei care aleg să practice e necesar un avertisment. În gândirea budistă, contextul şi intenţia asociate acţiunilor sunt extrem de

importante, astfel că mersul pe această cale trebuie să fie cât se poate de lipsit de aşteptări. A-i servi pe alţii, constrâns fiind, diferă semnificativ de a face acest lucru pentru că alegi să îl faci şi duce adesea la apariţia unor resentimente puternice, de înţeles. A ne angaja prea devreme pe această cale sau cu un zel excesiv, de asemenea poate da rateuri. E ca alergatul la maraton — e nevoie de multă pregătire, ritm, rezistenţă şi, mai presus de toate, de dorinţa să o faci. Angela Duckworth a făcut cercetări ample pe tema autodisciplinei la copii şi la adolescenţi, iar Seligman îi citează munca deseori când discută despre elementul reuşitei pentru dezvoltarea unei stări de bine. Fără îndoială, ea ar conchide că, pentru a merge pe calea bodhisattva, e necesară o forţă remarcabilă a caracterului şi „tupeu" (Duckworth, 2007, prelegere, 29 martie 2012; Seligman, 2011).

Serviciul cu semnificaţie pentru ceilalţi ne permite să ne folosim atuurile-semnătură pentru obiective mai importante decât propriile preocupări. Erik Erikson (1950) numea activitatea aceasta practica *generativităţii* etapei din viaţă. A afirmat că, în lipsa ei, nu putem ajunge la capătul vieţii cu un sentiment de *integritate* — etapa sa finală. Adepţii mahayana merg şi mai departe; ei susţin că, fără practica generalizată a altruismului, e imposibil să fii pe deplin viu şi treaz.

Acţiunile prosociale pot fi contagioase: probabil vor suscita comportamente similare la cei care le văd. În psihologia pozitivă, fenomenul e cunoscut sub

numele de *elevaţie* (Algoe şi Haidt, 2009; Cox, 2010; Landis et al., 2009; Steger, Kashdan şi Oishi, 2008; Vianello, Galliani şi Haidt, 2010). Elevaţia a

fost studiată alături de admirație și recunoștință. Algoe și Haidt (2009) au observat că „elevația (un răspuns la excelența morală) motivează comportamentul prosocial și afiliativ, recunoștința motivează relațiile mai bune cu binefăcătorii, iar admirația motivează autoîmbunătățirea" (p. 105). Elevația apare atunci când asistăm la o acțiune virtuoasă și îi motivează pe ceilalți să pună mâna pe arme și să se alăture campaniei pentru un material social mai puternic, mai uman. Acestea sunt activități pe care antreprenorii sociali, cum sunt cei de la Ashoka Innovators for the Public (www.ashoka.org), le vizează explicit în țările în curs de dezvoltare din lume, încercând să îi angajeze pe alții în căutarea de abordări inovatoare pentru probleme aparent de nerezolvat. O astfel de activitate trebuie însă protejată — trebuie să existe mereu o scânteie. Iar scânteia este o persoană care acționează altruist, acționează pentru un scop mai presus de sine, folosindu-și atuurile-semnătură în beneficiul altora.

Cadrul clinic, în cele din urmă, oferă posibilități fără egal de a practica și modela serviciul încărcat de semnificație — poate fi o poartă către conectarea altruistă. Când dăm greș, ne putem evidenția eșecul, ne putem cere iertare și putem chiar să râdem puțin de el cu pacientul, dacă dispoziția din încăpere o permite. Vestea cam proastă din toată povestea asta e că e foarte dificil să practici

consecvent serviciul cu semnificație — să mergi pe calea bodhisattva. Veștile extrem de bune sunt că avem nenumărate ocazii să o facem.

Construirea unei societăți iluminate

În cartea sa extrem de intuitivă despre războiul din Afghanistan, Sebastian Junger (care a fost un reporter încorporat) subliniază că soldații neantrenați au șanse mult mai mari de a ceda în fața unui pericol modest decât soldații foarte bine pregătiți în situații extreme (Junger, 2010). Pregătirea este esențială pentru lupta cu adversari exteriori, ceea ce știm intuitiv și din experiență, dar, de fapt, e la fel de importantă în comunicarea zilnică pe care o derulăm în mintea noastră. E vorba de ceva ce *nu* recunoaștem, în general. Fără o oarecare pregătire pentru o disciplină meditativă, de exemplu, partea lentă, reflectivă a minții noastre va pierde bătălia clipă-de-clipă pe care o ducem intern de-a lungul zilei împotriva reactivității noastre instinctuale (Kahneman, 2011). În plus, în cea mai mare parte a timpului, nici nu se dăm

seama, pentru că lupta aceasta se duce în mare măsură în afara conştientizării noastre normale. Prin intermediul disciplinei meditative, putem rezolva conştient aceste conflicte şi ne putem transforma minţile în aliaţi (Sakyong, 2003). Putem apoi să ne împărtăşim cele mai bune intenţii din toată inima cu comunitatea

globală în loc să ne îndoim de ele şi să le ţinem, în mare măsură, pentru noi.

Conform învăţătorului budist tibetan Sakyong Jampal Thinley Dradul (2012), o *societate iluminată* pune bunătatea în centrul său şi priveşte bunătatea inerentă din toţi indivizii ca pe primul ei principiu, principalul său atu-semnătură. Aspiraţia aceasta este simultan înaltă şi obişnuită şi rezonează cu sensibilitatea lui Janet Surrey (vezi Capitolul 5) şi a altora care fac apel la un model mai relaţional al mindfulness-ului. Însă, cel mai important, o societate iluminată este una în care indivizii nu se ruşinează fundamental de cine sunt şi îi apreciază pe ceilalţi fără ezitare. O ordine socială este cea care aspiră la atingerea potenţialului său suprem. Dar fiindcă este compusă din indivizi care îşi recunosc bunătatea fundamentală, este, de asemenea, inerent bună în sine, bună necondiţionat, în ciuda oricărei confuzii episodice care ar putea să o cuprindă. În final, o societate iluminată este una în care indivizi practică serviciul semnificativ când sunt capabili să o facă; ei *fac* lucruri unii pentru ceilalţi. Iată un exerciţiu în acest sens pe care îl poate încerca oricine.

O LISTĂ BODHISATTVA CU LUCRURI DE FĂCUT

• Alege o săptămână din programul tău normal — toate cele 7 zile.

• Începe săptămâna de luni.

• Întocmeşte o listă cu lucruri de făcut pentru altcineva în fiecare zi.

– Poţi face lucruri pentru mulţi oameni sau doar pentru câţiva — tu decizi.

– Dacă nu e ceva *pentru* altcineva, nu trece pe listă.

– Lucrurile mărunte pe care le faci de obicei pentru altcineva sunt OK.

– Fă-le conştient. Fă notiţele să conteze — nu arunca.

• Nu lăsa zile libere.

• Stabilește-ți două–trei lucruri pe zi.

• Nu lăsa mai mult de o zi cu un singur lucru.

• Dispersează lucrurile, punându-le la ore diferite din zi.

• Tratează zilele de sâmbătă și de duminică la fel cum ai trata orice al sfârșit de săptămână — fă ceva mai ambițios sau care îți ocupă mai mult timp.

• Bifează lucrurile pe listă la fel cum ai bifa orice altă listă cu lucruri de făcut.

• Înainte de a te culca, gândește-te puțin la activitățile zilei.

• Notează ce a mers cel mai bine.

• Iartă-te pentru ce nu ai făcut.

• În săptămânile următoare, integrează treptat articole bodhisattva în listele tale obișnuite cu lucruri de făcut.

Fiecare societate găsește o modalitate de a stabili un echilibru între nevoile personale și serviciile pentru ceilalți. O societate iluminată doar înclină balanța puțin mai mult spre *serviciul cu semnificație*, recunoscând că starea de bine are șanse mai mari să apară atunci când atuurile cetățenilor ei sunt angajate activ. Deși cu un scop ambițios, o astfel de societate evoluează cu câte un cetățean pe rând. E una în care a fi treaz la jocul spontan al minții este ceva apreciat și cultivat și este una în care sunt mai mici șansele ca indivizii să fie răpiți de tiparele obișnuite. Starea de bine este abundentă ca efect secundar întâmplător al faptului de a trăi, conștienți fiind că fericirea altora este esențială pentru cea proprie. Este una în care bunătatea este ceva normal și nu e neapărat subiect de știre și unde iluminarea reală, deși foarte apreciată, nu e nici cerută, nici așteptată. Este, în final, o viziune a comunității în care cultivarea atitudinilor pozitive și a mindfulness-ului pot evolua împreună — o comunitate care ne e accesibilă dacă avem doar curajul de a ne îndrepta spre ea.

Dacă vrei să fii fericit astăzi, fă fericit pe altcineva;

Dacă vrei să fii fericit mâine, fă fericit pe altcineva astăzi;

Dacă vrei să fii fericit veșnic, acceptă un minimum de dificultăți în viață cu calm și pune-i pe ceilalți pe primul plan.

---

[22] La data ediției în limba engleză. (*N.t.*)

ANEXĂ

Glosar de termeni în psihologia budistă

Andrew Olendzki

Cele două tipuri de meditație

În tradițiile budistă și nonbudistă ale Asiei se practică numeroase forme diferite de meditație. Cele două practici care prevalează în cele mai timpurii învățături ale lui Buddha sunt:

1. *Concentrarea* (calmare, *samatha* în Pali; atenție concentrată). Concentrarea minții asupra unui singur obiect și excluderea celorlalte obiecte sprijină concentrarea sau un mod de funcționare mentală *focalizat*. Pe măsură ce apar gânduri sau senzații care te pot distrage, renunți să mai fii atent la obiectele respective și îți redirecționezi delicat conștientizarea asupra obiectului primar al experienței (de exemplu, respirația, un cuvânt sau o propoziție). Când mintea se dedică unui anumit aspect al câmpului fenomenal, dobândește liniște, stabilitate și putere.

2. *Mindfulness* (intuiție profundă, *vipassana* în Pali; monitorizare deschisă). În cadrul meditației prin mindfulness, conștientizarea trece de la un obiect la altul, pe

măsură ce stimulii se prezintă în cadrul experienței. Atunci când e practicată în mod constant, duce la o intuiție profundă asupra construcției subiective a experienței și asupra celor trei caracteristici ale existenței.

Cele trei caracteristici ale existenței

Interpretate ca trei atribute fundamentale ale condiției umane, cele trei caracteristici ale existenței sunt, în mod normal, ascunse vederii de distorsiuni perceptive, gândire și perspectivă și sunt arătate prin intermediul unei investigații atente și disciplinate a experienței. Intuiția profundă asupra caracteristicilor acestora contribuie la înțelepciune.

1. *Impermanența* (*anicca*** în Pali). Fluxul conștiinței care alcătuiește fluxul

subiectiv al conştientizării umane — şi deci lumea construită de minte — este compus, de fapt, din episoade foarte scurte de activitate cognitivă, care apar şi trec foarte rapid. Mai general spus, se referă la observaţia că toate fenomenele condiţionate sunt trecătoare.

2. Suferinţa **(***dukkha* în Pali). În tradiţia budistă, cuvântul acesta este folosit în sens foarte larg şi existenţial. Se referă nu doar la caracterul inevitabil al durerii fizice, rănirii, bolii, îmbătrânirii şi morţii, ci şi la zbuciumul psihologic mai subtil

care apare ca urmare a caracterului fundamental insaţiabil al dorinţei. Faptul de a nu obține ce îți dorești, nevoia de a face față lucrurilor pe care nu ți le dorești și confuzia datorată dorinţelor conflictuale sunt cuprinse toate de cuvântul *suferinţă.*

3. ***Nonsinele*** **(***anatta* în Pali). Fiind o sursă permanentă de uluire pentru occidentali, intuiţia budistă profundă a nonsinelui nu neagă că există tipare de personalitate unice şi mai mult sau mai puţin stabile, care se dezvoltă de-a lungul vieţii persoanei. Mai degrabă, indică faptul că aceste tipare sunt *doar* tipare ale condiţionării şi comportamente învăţate şi că le lipseşte orice esenţă sau miez numinos. Presupunera reflexivă a *proprietăţii* asupra gândurilor, sentimentelor, senzaţiilor etc. (acestea sunt *ale mele*, acesta sunt *eu*) este nefondată, inadaptată şi sursa unei serii de dificultăţi psihologice.

Cele trei rădăcini incomplete

Acestea sunt cele trei tendinţe subiacente ale comportamentului uman din care derivă toate celelalte emoţii tulburătoare. Pot fi considerate trei culori primare, care se pot combina în numeroase moduri pentru a forma spectrul complet al emoţiilor nesănătoase. Termenii de *complet* şi *incomplet* se pot referi la *stări* active ale minţii, la *comportamente* ale corpului, vorbirii şi minţii sau la trăsături *de*

caracter care se regăsesc în stare latentă în inconştient.

1. ***Lăcomia.*** Cunoscută şi ca *poftă, dorinţă* sau *ataşament,* lăcomia este impulsul de a tinde spre sau a ţine de ceva dezirabil. Este un răspuns reflexiv la sentimentul de plăcere.

2. Ura. Cunoscută și ca *aversiune* sau *reavoință*, ura presupune să respingi, să negi sau să ataci ceva ce resimți ca fiind neplăcut. De obicei, e generată ca răspuns la durere sau neplăcere. Lăcomia și ura sunt expresii bipolare ale dorinței.

3. *Iluzia.* Cunoscută și ca *ignoranță* sau *confuzie*, iluzia este folosită într-un mod tehnic de gândirea budistă pentru a denota orbirea în fața anumitor fațete ale realității, cum ar fi cele trei caracteristici și construirea experienței.

Cele trei rădăcini complete

1. *Nonlăcomia.* Această calitate a minții este opusul lăcomiei și, în general, se manifestă ca generozitate sau renunțare. Ambele presupun o oarecare măsură de nonatașament și o suspendare temporară a egoismului și a nevoii de gratificare.

2. *Nonura.* Opusul urii este nonura, cuvânt care acoperă atât bunătatea iubitoare, care e o ipostază a prieteniei sau bunăvoinței (vezi mai jos), cât și compasiunea, care presupune să îți pese mult de bunăstarea altcuiva.

3. *Noniluzia.* Sinonimele pentru noniluzie includ *intuiție profundă, înțelegere* sau *înțelepciune*. E vorba despre înțelepciune care, în psihologia budistă, are caracter transformator final; implică abilitatea de a vedea lucrurile clar, așa cum sunt.

Cele trei tipuri de a simți

În gândirea budistă, cuvântul *a simți* se referă mai degrabă la o nuanță hedonistă decât la emoțiile mai complexe pe care le denotă cuvântul în dicționar. Una dintre cele trei nuanțe sentimentale este mereu prezentă în fiecare clipă, însoțind deopotrivă experiența fizică și pe cea mentală.

1. *Sentimentul plăcut.* Un sentiment de plăcere poate apărea ca rezultat al contactului dintre un obiect de simț și un organ de simț. Întotdeauna e vorba despre un eveniment foarte scurt și foarte specific, condiționat de simțul particular și de atitudinea subiacentă a persoanei față de un anumit obiect.

2. *Sentimentul neplăcut.* Rezultat și el în urma contactului dintre un anumit

obiect senzorial și un organ, poate apărea un sentiment de repulsie sau durere. Atât plăcerea, cât și durerea dau naștere unei reacții de a dori sau a nu dori ca respectiva senzație să continue. Sentimentul acesta se distinge de răspunsul care urmează.

3. *Sentiment nici-plăcut-nici-neplăcut.* Uneori, când ești foarte atent, vei observa că o senzație e plăcută sau neplăcută, în vreme ce, alteori, nuanța pe care o simți e una neutră — nici plăcută, nici neplăcută.

Cele patru adevăruri nobile

Principiu organizator de bază al doctrinei budiste, cele patru adevăruri predate de Buddha sunt considerate nobile, pentru că ajută la aprofundarea înțelegerii peste nivelul de răspuns automat, pe tărâmul transformării prin înțelepciune. Bazate pe cunoștințe medicale antice, adevărurile pot fi privite prin analogie cu diagnosticul, etiologia, prognoza și planul de tratament elaborate de un medic pentru un pacient suferind de o boală.

1. *Suferința.* Termenul de *suferință* este folosit în sens larg pentru a indica o insatisfacție fundamentală a condiției umane (vezi secțiunea de mai sus despre cele trei caracteristici ale existenței), mergând de la un simplu disconfort până la provocările existențiale date de boală, îmbătrânire și inevitabila moarte. O mare parte a eforturilor noastre e îndreptată spre mascarea acestor adevăruri, dar, la fel ca în cazul vindecării în general, un prim pas important e să acceptăm natura afecțiunii cu sinceritate și curaj.

2. *Originea suferinței.* Toată suferința umană are o cauză simplă și consecventă: dorința. Ori de câte ori există un dezechilibru între ce se întâmplă în experiență și ce ne *dorim* să se întâmple, suferința e inevitabilă.

3. *Încetarea suferinței.* Înțelegând dependența cauzală dintre cele două, suferinței i se poate pune capăt prin simpla eliminare a dorinței. Unele gânduri și senzații neplăcute pot continua să existe și sunt, de fapt, o parte inevitabilă a experienței în ansamblu, dar, prin schimbarea atitudinii de opoziție față de ce e neplăcut, suferința poate fi redusă și chiar eliminată.

4. *Calea care duce la încetarea suferinței.* De-a lungul celor 2500 de ani de budism au fost dezvoltate numeroase strategii și programe diferite pentru a

pune capăt suferinței. Tradițional, programul de vindecare e articulat sub forma *Căii nobile a celor opt brațe.*

Calea nobilă a celor opt brațe

Aceste opt repere pentru a-ți trăi viața și a rămâne în momentul prezent constituie un context etic amplu pentru dezvoltarea în tradiția budistă. Cuvântul *corect* este folosit înaintea fiecăruia nu pentru a impune o matriță normativă rigidă, ci mai mult în sensul de *adecvat* sau *bine acordat.* Aceste opt dimensiuni sunt practicate

în paralel, fiecare dintre ele susținându-le și întărindu-le pe celelalte.

1. *Perspectiva corectă*. Acesta e primul element al seriei și, de asemenea, este punctul culminant al listei. Aproape de capătul progresiei, este nevoie de o anumită doză de încredere în învățături pentru a le pune în practică și e necesar să fii îndreptat în direcția corectă pentru ca orice călătorie să fie efectivă. La capătul îndepărtat al drumului, perspectiva corectă se poate folosi pentru a ne referi la trezirea deplină astfel încât „să vedem lucrurile așa cum sunt ele de fapt".

2. *Intenția corectă*. În psihologia budistă, *intenția* este principalul instrument de transformare. Când intenția este creată abil în fiecare moment, ea ghidează mintea cu înțelepciune în starea sa din momentul următor, iar astfel, la fel ca o cârmă de vapor, poate fi folosită pentru a naviga printre schimbările experienței care vine și trece. Mai este cunoscută uneori și sub numele de *scop corect.*

3. *Vorbirea corectă*. Dat fiind că vorbirea modelează și reflectă calitatea gândurilor, e foarte important ca obiceiurile verbale ale cuiva să fie adevărate, utile, blânde și lipsite de motive egoiste și manipulatoare. Vorbirea e folosită pentru vindecare și educație, niciodată în scopul de a face rău sau de a învrăjbi.

4. *Acțiunea corectă*. Prin tradiție, acțiunea corectă este exprimată în termenii unei vieți duse în conformitate cu cinci norme etice: să nu ucizi, să nu furi, să nu

minţi, să nu ai un comportament sexual nepotrivit şi să nu te laşi pradă alcoolului sau altor substanţe. Fiecare dintre aceste precepte este supus unei interpretări mai mult sau mai puţin stricte, în funcţie de nivelul de angajament al fiecăruia (de exemplu, monah şi, respectiv, laic).

5. ***Viaţa corectă.*** Şi aceasta este concepută, tradiţional, ca o serie de constrângeri etice la adresa modului de viaţă al unui laic, culminând în codul de viaţă monastică pentru călugări şi călugăriţe. Laicii ar trebui să evite profesiile care presupun să ucidă, de exemplu, iar călugării ar trebui să îşi păstreze intenţiile pure în peregrinările lor după donaţii.

6. ***Efortul corect.*** Efortul corect presupune, în primul rând, cultivarea cu mindfulness a stărilor bune, atât înainte, cât şi după ce apar în experienţă, precum şi abandonarea voită a stărilor rele, atât înainte, cât şi după ce apar. Descrie un nivel de igienă mentală foarte scrupulos şi presupune atenţie permanentă considerabilă la calitatea vieţii interioare.

7. ***Mindfulness corect.*** Când mindfulness-ul este dezvoltat cum trebuie folosind reperele fundamentelor mindfulness (vezi secţiunea următoare), se spune că e vorba despre *mindfulness corect*, ceea ce înseamnă aplicarea atenţiei cu grijă şi echitabil fenomenelor pe măsură ce acestea apar.

8. ***Concentrarea corectă.*** Aceasta presupune aplicarea fermă a conştientizării

focalizate, din când în când, în afara activităţilor cotidiene şi este recomandată mai ales ca instrument de dezvoltare în psihologia budistă. Meditaţia regulată este un aspect de bază al căii celor opt braţe.

Cele patru fundamente ale mindfulness-ului

Instrucţiunile de bază pentru cultivarea mindfulness-ului sunt oferite în forma aceasta clasică. Fiecare categorie este considerată un *fundament* în sensul că oferă baza pentru practicarea tehnicilor respective de antrenare a minţii care presupun să fii pe deplin conştient şi să înţelegi, astfel, natura schimbătoare şi în final altruistă a experienţei fenomenologice.

1. ***Mindfulness aplicat corpului.*** Debutând cu aşezarea într-un loc liniştit, cu picioarele încrucişate şi spatele drept, practica mindfulness începe cu

conştientizarea deliberată a respiraţiei, a liniştirii corpului şi minţii şi cu atenţie la senzaţiile corporale care apar în corelaţie cu posturile, mişcările şi activităţile corpului.

2. Mindfulness aplicat sentimentelor. Practica progresează prin concentrarea asupra momentului prezent, conştientizarea nonconceptuală a nuanţei sentimentelor care străbat orice experienţă care apare şi care trece. Indiferent dacă fiecare moment este însoţit de un sentiment plăcut, neplăcut sau neutru, practicantul

caută să afle, cu mare precizie, nuanţa sentimentului asociat experienţei.

3. Mindfulness aplicat minţii. Mutându-şi atenţia de la senzaţiile şi sentimentele din corp către sfera pur mentală, meditatorul este invitat să îşi îndrepte conştientizarea către calitatea minţii, aşa cum apare şi trece clipă de clipă. Acest lucru se realizează observând dacă oricare dintre cele trei rădăcini rele (lăcomia, ura şi delirul) este prezentă sau absentă.

4. Mindfulness aplicat obiectelor mentale. **O** investigaţie chiar mai detaliată şi mai nuanţată a evenimentelor mentale presupune observarea prezenţei, absenţei şi dinamicii schimbătoare a unui număr de alţi factori evidenţiaţi în psihologia budistă: obstacole, conglomerate[23], sfere ale simţurilor, factori ai trezirii şi adevăruri nobile. Nu este o analiză discursivă a acestor factori ci, mai degrabă, o explorare experienţială şi intuitivă a texturii reliefului fenomenal.

Cele patru calităţi nelimitate ale inimii

(Brahma Viharas în Pali)

Există patru calităţi ale inimii care sunt deosebit de vindecătoare şi care pot fi dezvoltate folosind o formă de meditaţie prin concentrare asupra fiecăreia dintre cele patru stări mentale unice. Aceste meditaţii se mai numesc *locuinţe divine*, în

sens figurat, pentru că presupun ridicarea minţii până la stări foarte subtile şi sublime. Ele sunt prezentate clasic prin analogie cu sentimentele unei mame

faţă de copilul ei:

1. Bunătatea iubitoare (metta). Aşa cum o mamă ar simţi o bunătate iubitoare fără limite faţă de copilul ei nou-născut, dorindu-şi cu ardoare să fie sănătos şi să îi fie bine, o persoană cultivă şi dezvoltă deliberat aceeaşi calitate a iubirii universale şi altruiste faţă de toate fiinţele, concentrându-şi mintea fără abatere asupra unor intenţii ca „Fie să fie fericiţi“, „Fie să le fie bine”.

2. Compasiunea (karuna). La fel cum o mamă ar răspunde unui copil bolnav sau rănit, un meditator poate să îşi dezvolte intenţionat o atitudine de compasiune care să întâmpine experienţa suferinţei cu dorinţa ca toate fiinţele să fie în siguranţă, la adăpost şi vindecate de suferinţe. Compasiunea este o stare mentală particulară, care poate fi evidenţiată şi cultivată prin concentrare şi absorbţie.

3. Bucuria înduioşătoare (mudita). **Calitatea** minţii care răspunde la norocul altora cu bucurie şi bunăvoinţă, nu cu gelozie sau invidie, se numeşte *bucurie înduioşătoare*. Şi starea aceasta poate fi întărită deliberat prin exerciţiu şi este similară cu răspunsul mamei dat fiului sau fiicei ei ajunsă mare, care pleacă de acasă pentru a se căsători sau a-şi urma profesia. O perspectivă altruistă este

ingredientul-cheie al absorbţiei.

4. Calmul (upekkha). La fel cum o mamă şi-ar putea asculta fiul sau fiica ajunşi la vârstă adultă povestindu-şi diferitele decizii de afaceri, nefiind nici atrasă şi nici oripilată de vreun rezultat anume, atâta timp cât copilul e sănătos şi fericit, tradiţia descrie starea minţii numită *calm*. Nu e vorba despre o detaşare datorată distanţării de fenomen, nici de o neutralitate desensibilizată a sentimentului, ci mai degrabă e o stare avansată de a fi capabil să îmbrăţişezi experienţele pozitive şi negative deopotrivă, fără reacţiile condiţionate de obicei de dorinţă.

Cei şapte factori ai trezirii

Aceste şapte stări ale minţii sau atitudini sunt deosebit de utile pentru obţinerea acelui tip de intuiţie profundă asupra experienţei pe care o

încurajează psihologia budistă; aşadar, fiecare factor contribuie semnificativ la dezvoltarea înțelepciunii. În unele formulări ale învățăturii, fiecare dintre acești factori oferă baza necesară pentru desfășurarea naturală a următorului, în procesul organic al dezvoltării.

1. Mindfulness. **Aceasta** e practica de a fi complet conştient în momentul prezent, fără a te judeca singur sau fără alte forme de suprapunere lingvistică şi conceptuală, de apariţia şi trecerea fenomenelor în câmpul experienţei directe.

2. Investigația. Aceasta e disponibilitatea şi abilitatea de a aduce interesul, entuziasmul şi o atitudine de explorare detaliată experienţei. Stările investigate sunt apariţia şi trecerea conştientizării obiectelor senzoriale, obiectelor mentale şi a orice altceva s-ar putea desfăşura în momentul prezent.

3. Energia. Când se depune efort mental într-o situaţie, se aplică energie. Nu e chinul sau încercarea contraproductivă de a atinge un obiectiv, ci implică depunerea sârguincioasă şi consecventă a eforturilor în momentul prezent.

4. Bucuria. Deseori, mintea şi corpul pot deveni exuberante şi pot părea că plesnesc de bucurie, mulţumire sau încântare. Deşi mulţi oameni sunt mai familiarizaţi cu experienţa aceasta când le este indusă în moduri proaste, valoarea pozitivă şi transformatoare a bucuriei bune este o calitate importantă a minţii în psihologia budistă şi trebuie cultivată.

5. Liniștea. O valoare egală o are serenitatea profundă care poate apărea în minte şi în trup atunci când lipsesc conflictele, tulburările sau suferinţa. Această linişte nu este opusul bucuriei, dat fiind că ele pot coexista cu uşurinţă. În loc de o linişte care să reducă energia, ea este descrisă mai degrabă ca o calitate a iluminării mentale care iese la suprafaţă când mintea devine unificată, stabilă şi concentrată.

6. Concentrarea. Aşa cum am descris anterior, concentrarea presupune atenţia orientată spre un singur punct în timp, către o anumită senzaţie sau obiect şi

excluderea celorlalte.

7. Calmul. **Descris** şi el mai devreme, calmul este calitatea echilibrului mental, în care mintea nu este nici atrasă de un obiect plăcut, nici nu simte aversiune faţă de un obiect neplăcut.

---

[23] În psihologia budistă, cele cinci conglomerate (skandhas) sunt: *rupa* (materia sau forma), *vedana* (sentimentul, simţirea), *samjana* (percepţia), *samskara* (formaţiunea mentală sau voliţia) şi *vijnana* (conştiinţa). (*N. red.*)

Referințe

Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., şi Whiteside, S.P. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice.* New York: Guilford Press

Adler, A. (2002). *The collected clinical works of Alfred Adler: Vol 1. The neurotic character* (H. Stein, Ed., şi C. Koen, Trans.). San Francisco, CA: Alfred Adler Institutes of San Francisco şi Northwestern Washington. (Lucrarea originală publicată în1927)

Aggs, C., şi Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling and Psychotherapy Research, 10*(4), 278-286.

Aitken, R. (1984). *The mind of clover: Essays in Buddhist ethics.* New York: North Point Press.

Alexander, F. (1926). Buddhist training as an artificial catatonia. *Psychoanalytic Review, 18,* 129-145.

Algoe, S. B., şi Haidt, J. (2009). Witnessing excellence in action: The „other-praising" emotions of elevation, gratitude, and admiration. *Journal of Positive Psychology, 4*(2), 105-127.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of*

mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Analayo. (2003). *Sattipathana: The direct path to realization.* Birmingham, UK: Windhorse.

Anandajoti, B. (2010). *The earliest recorded discourses of the Buddha (from Lalitavistara, Mahākhandhaka & Mahāvastu).* Kuala Lumpur, Malaysia: Sukhi Hotu.

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J. C., Rose, R. D., şi

Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptate and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(5), 750-765

Aronson, H. B. (2004). *Buddhist practice on Western ground: Reconciling Eastern ideals and Western Psychology.* Boston: Shambhala.

Arzy, S., Thut, G., Mohr, C., Michel, C. M., şi Blanke, O. (2006). Neural basis of embodiment: Distinct contributions of temporoparietal junction and extrastriate body area. *Journal of Neuroscience, 26*(31), 8074-8081

Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., şi Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Revue Canadienne De Pyschiatrie*, *47*(10), 930-937

Auerbach, H., şi Johnson, M. (1977). Research on the therapist's level of experience. În A. Gurman & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of*

research (pp. 84-102). New York: Pergamon.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 125-143

Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance-based treatments, în R. Baer (coord.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger.

Baer, R. A., şi Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. În R. Baer (coord.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 3-27). Londra, Regatul Unit: Academic Press.

Bærentsen, K., Stødkilde-Jørgensen, H., Sommerlund, B., Hartmann, T., Damsgaard-Madsen, J., Fosnæs, M., et al. (2010). An investigation of brain processes supporting meditation. *Cognitive Process, 11*(1), 57-84.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Banks, A. (2010). *The neurobiology of connecting* (în pregătire). Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

Barkley, R. A., şi Benton, C. M. (1998). *Your defiant child: Eight steps to better*

behavior. New York: Guilford Press.

Barlow, D. (2004). *Anxiety and its orders: The nature and treatment of anxiety and panic* (ediţia a doua). New York: Guilford Press

Barnard, L., şi Curry, J. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, and interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303.

Barnouw, V. (1973). *Culture and personality* (ed. rev.). Homewood, IL: Dorsey Press.

Batchelor, S. (1997). *Buddhism without beliefs.* New York: Riverhead Books.

Bayda, E. (cu Bartok, J.). (2005). *Saying yes to life (even the hard parts)*. Boston: Wisdom.

Bayda, E. (2010). *Beyond happiness: The Zen way to true contentment.* Boston: Shambhala

Bechara, A., şi Naqvi, N. (2004). Listening to your heart: Interoceptive awareness as a gateway to feeling. *Nature Neuroscience,* 7, 102-103

Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New

York: International Universities Press.

Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press

Beckham, J. C., Crawford, A. L., Feldman, M. E., Kirby, A. C., Hertzberg, M. A.,

Davidson, J. R., et. al. (1997). Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *Journal of Psychosomatic Research, 43*(3), 379-389.

Beebe, B., și Lachmann, F. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology, 15*(4), 480-516

Beecher, H. K. (1946). Pain in men wounded in battle. *Annals of Surgery, 123*(1), 96-105.

Bell, D. C. (2001). Evolution of care giving behavior. *Personality and Social Psychology Review, 5*, 216-229.

Bendtsen, L., și Fernandez-de-la-Penas, C. (2011). The role of muscles in tension-type headache. *Current Pain and Headache Reports, 15*(6), 451-458.

Benson, H. (1975). *The relaxation response.* New York: Morrow.

Bhikkhu, T. (Trad.). (1997). Sallatha Sutta: The Arrow (SN 36.6). Accesat pe 27 decembrie 2011 la *www.accesstoinsight.org/tipitaka/sn/sn36/sn36.006.than.html.*

Bhikkhu, T. (2011a). Dhammacakkappavattana sutta: Setting in motion the wheel of truth (SN 56.11) (T. Bhikkhu, Trad.). Accesat pe 7 octombrie 2011 la *www.accesstoinsight.org/tipitaka/sn/sn56/sn56.011.than.html.*

Bhikkhu, T. (2011b). Pattica-samuppada-vibhanga sutta: Analysis of dependent co-arising (SN 12.2) (T. Bhikkhu, Trad.). Accesat pe 17 iunie 2011 la

www.accesstoinsight.org/tipitaka/sn/sn12/sn12.002.than.html.

Bhikkhu, T. (2011c). Satipatthana sutta: Frames of reference (MN 10) (T. Bhikkhu, Trad.). Accesat pe 14 iunie 2011 la *www.accesstoinsight.org/tipitaka/mn/mn.010.than.html.* Arhivat la *www.webcitation.org/ 5sOcjl76K.*

Bhikkhu, T. (coord.). (2012a). Anguttara Nikaya, 10:108. În *Beyond coping: A study guide on aging, illness, death, and separation.* Valley Center, CA: Metta Forest Monastery. Accesat pe 4 martie 2012 la *www.accesstoinsight.org/lib/study/beyondcoping/index.html.*

Bhikkhu, T. (2012b). Dhammapada: Tanhavagga [Craving] (338) (SN 56.11) (T. Bhikkhu, Trad.). Accesat pe 17 octombrie 2012 la *www.accesstoinsight.org//tipitaka/kn/dhp/dhp.24.than.html.*

Bhikkhu, T. (2012c). Sallatha Sutta [The Arrow] (T. Bhikkhu, Trad.). În *Samyutta Nikaya* XXXVI6 (cap.). Accesat pe 18 ianuarie 2012 la *www.accesstoinsight.org/canon/sutta/samyutta/sn36-006.html#shot.*

Bhikkhu, T. (Trad.) (2012d). Upaddha Sutta: Half (of the Holy Life). Accesat pe 2 noiembrie 2012 la *www.accesstoinsight.org/tipitaka/sn/sn45/sn45.002.than.html.*

Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist, 54*(11), 965-979.

Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., și Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(5), 855-866.

Bien, T. (2006). *Mindful therapy: A guide for therapists and helping professionals.* Boston: Wisdom.

Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L. D., Fordyce, W. E., Hansson, T. H., et al. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine, 16*(1), 1-6.

Bigos, S. J., Bowyer, O. R., Braen G. R., Brown, K., Deyo, R., Haldeman, S.,

et al. (1994). *Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14* (AHCPR publication no. 95-0642). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

Bion, W. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum, 2,* 271280.

Birne, K., Speca, M., și Carlson, L. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26,* 359-371.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology:*

Science and Practice, 11(3), 230-241.

Blanke, O., și Arzy, S. (2005). The out-of-body experience: Disturbed self processing at the temporo-parietal junction. *The Neuroscientist, 11*(1), 16-24.

Blanke, O., Mohr, C., Michel, C. M., Pascual-Leone, A., Brugger, P., Seeck, M., et al. (2005). Linking out-of-body experience and self processing to mental own-body imagery at the temporoparietal junction. *Journal of Neuroscience, 25*(3), 550-557.

Bluth, K., și Wahler, R.G. (2011). Does effort matter in mindful parenting? *Mindfulness,* 2, 175-178.

Bobrow, J. (2007). Tending, attending, and healing. *Psychologist-Psychoanalyst, 27,* 16-18.

Bobrow, J. (2010). *Zen and psychotherapy: Partners in liberation.* New York: Norton.

Boccio, F. (2004). *Mindfulness yoga.* Somerville, MA: Wisdom.

Bodhi, B. (Ed.). (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma.* Seattle, WA: BPS Pariyatti Editions.

Bodhi, B. (2005). *In the Buddha's words: An anthology of discourses from the Pali Canon.* Boston: Wisdom.

Boellinghaus, I., Jones, F., și Hutton, J. (în curs de apariție la data ediției în engleză). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness.*

Bogels, S., Lehtonen, A., și Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness, 1*(1), 107-120.

Bohart, A., Elliot, R., Greenberg, L., și Watson, J. (2002). Empathy. În J. C. Norcross (coord.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford, UK: Oxford University Press.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., și Culjpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Medicine, 68*(6), 539-544.

Bond, T. (2000). *Standards and ethics for counseling in action.* London, UK: Sage Publishing.

Boorstein, S. (1994). Insight: Some considerations regarding its potential and limitations. *Journal of Transpersonal Psychology, 26*(2), 95-105.

Boorstein, S. (2012, toamna). Medicine for the brain, dharma for the mind: An interview with Sylvia Boorstein. *Inquiring Mind.* Accesat la *www. inquiringmind.com/Articles/MedicineForTheBrain.html*.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., și Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. În D. S. Mennin, R. G. Heimberg, și C. L. Turk (editori), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.

Borkovec, T. D., și Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder:

Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. În S. C. Hayes, V. M. Follette, şi M. M. Linehan (Editori), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-242). New York: Guilford Press.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., et al. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse, 30*(4), 295-305.

Bowen, S., Chawla, N., şi Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide.* New York: Guilford Press.

Brach, T. (2003). *Radical acceptance: Embracing your life with the heart of a Buddha.* New York: Bantam Dell.

Brach, T. (2012a). Mindful presence: A foundation for compassion and wisdom. În C. K. Germer *şi* R. D. Siegel (Editori), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 35-47). New York: Guilford Press.

Brach, T. (2012b). *True refuge: Finding peace and freedom in your own awakened heart.* New York: Bantam Books.

Brach, T. (2013). *True refuge: Three gateways to a fearless heart.* New York: Bantam.

Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., şi Gilbert, P. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Exploring change processes in

compassion-focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*

Braith, J. A., McCullough, J. P., şi Bush, J. P. (1988). Relaxation-induced anxiety in a subclinical sample of chronically anxious subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 193-198.

Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., şi

Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 104*(27), 11483-11488.

Breines, J. G., și Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*, 1133-4143.

Brewer, J. A., Bowen, S., & Chawla, N. (2010). *Mindfulness training for addictions.* Manuscris nepublicat.

Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A., și Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: What can we learn from the brain? *Addiction, 105*(10), 1698-1706.

Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., et al. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 119*(1-2), 72-80.

Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse, 30*(4), 306-317.

Brewer, J. A., Worhunsky, P. D., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., și Potenza, M. N. (2008). Pretreatment brain activation during Stroop task is associated with outcomes in cocaine-dependent patients. *Biological Psychiatry, 64*(11), 998-1004.

Brewer, J. A., Worhunsky, P. D., Gray, J. R., Tang, Y. Y., Weber, J., și Kober, H. (2011). Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*(50), 20254-20259.

Brickman, P., Coates, D., și & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social*

Psychology, 36(8), 917-927.

Brier, M. R., Thomas, J. B., Snyder, A. Z., Benzinger, T. L., Zhang, D., Raichle, M. E., et al. (2012). Loss of intranetwork and internetwork resting state functional connections with Alzheimer's disease progression. *Journal of Neuroscience, 32*(26), 8890-8899.

Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. În J. E. Myers et al. (coord.), *The*

APSAC handbook on child maltreatment (a doua ediție, pp. 175-202). Newbury Park, CA: Sage.

Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (a doua ediție). Washington, DC: American Psychological Association.

Briere, J. (2012a). When people do bad things: Evil, suffering, and dependent origination. În A. Bohart, E. Mendelowitz, B. Held, și Kirk Schneider (Editori), *Humanity's dark side: Explorations in psychotherapy and beyond* (pp. 141-156). Washington, DC: American Psychological Association.

Briere, J. (2012b). Working with trauma: Mindfulness and compassion. În C. K. Germer și R. D. Siegel (Editori), *Wisdom and compassion in psychotherapy* (pp. 265-279). New York: Guilford Press.

Briere, J., Hodges, M., și Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23,* 767-774.

Briere, J., și Lanktree, C. B. (2011). *Treating complex trauma in adolescents and young adults.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Briere, J., și Scott, C. (2012). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (a doua ediție). Thousand Oaks, CA: Sage.

Briere, J., Scott, C., şi Weathers, F. W. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2295-2301.

Brotto, L. A., Basson, R., şi Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine, 5*(7), 1646-1659.

Brown, C. A., şi Jones, A. K. (2010). Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: Electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. *Pain, 150*(3), 428-438.

Brown, C. A., şi Jones, A. K. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Psychobiological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management program. *Clinical Journal of Pain.*

Brown, K., şi Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848.

Broyd, S., Demanuele, C., Debener, S., Helps, S., James, C., şi Sonuga-Barke, E. (2009). Default-mode brain dysfunction in mental disorders: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavior Reviews, 33*(3), 279-296.

Bruce, A., Young, L., Turner, L., Vander Wal, R., şi Linden, W. (2002).

Meditation-based stress reduction: Holistic practice in nursing education. În L. Young şi V. Hayes (editori), *Transforming health promotion practice: Concepts, issues, and applications* (pp. 241-252). Victoria, BC, Canada: Davis.

Bruce, N., Manber, R., Shapiro, S., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 47*(1), 83-97.

Bruner, J. (1973). *Beyond the information given: Studies in the psychology of knowing*. New York: Norton.

Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kaufmann, Trad.). New York: Charles Scribner's Sons.

Buhr, K., & și Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 222-236.

Burgmer, M., Petzke, F., Giesecke, T., Gaubitz, M., Heuft, G., şi Pfleiderer, B. (2011). Cerebral activation and catastrophizing during pain anticipation in patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine, 73*(9), 751-759.

Burns, D. (1999). *The feeling good handbook.* New York: Penguin Putnam.

Burns, J. W. (2000). Repression predicts outcome following multidisciplinary treatment of chronic pain. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health*

Psychology, American Psychological Association, 19(1), 75-84.

Burns, J. W., Quartana, P. J., Gilliam, W., Matsuura, J., Nappi, C., şi Wolfe, B. (2012). Suppression of anger and subsequent pain intensity and behavior among chronic low back pain patients: The role of symptom-specific physiological reactivity. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(1), 103-114.

Buser, T., Buser, J., Peterson, C., şi Serydarian, D. (2012). Influence of mindfulness practice on counseling skills development. *Journal of Counselor Preparation and Supervision, 4*(1), 20-45.

Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., şi Follette, V. M. (2009). Cognitive behavioral therapy for adults. În E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, şi J. A. Cohen (coord.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139-222). New York: Guilford Press.

Campbell, J. (1995). Reflections on the art of living: A Joseph Campbell companion. New York: Harper Perennial.

Carmody, J. (2009). Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings.

Journal of Cognitive Psychotherapy, 23(3), 270-280.

Carmody, J., Baer, R., Lykins, E., şi Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 613-626.

Carmody, J., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., Olendzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: Results of a randomized trial. *Menopause, 18*(6), 611-620.

Carr, L., Iacaboni, M., Dubeau, M.C., Mazziotta, J. C., şi Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100*(9), 5497-5502.

Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., şi Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy, 35*(3), 471-494.

Carter, C. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology, 23*, 779-818.

Casey, K. L., Minoshima, S., Morrow, T. J., şi Koeppe, R. A. (1996). Comparison of human cerebral activation pattern during cutaneous warmth, heat pain, and deep cold pain. *Journal of Neurophysiology, 76*(1), 571-581.

Cassidy, E. L., Atherton, R. J., Robertson, N., Walsh, D. A., şi Gillett, R. (2012). Mindfulness, functioning, and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain, 153*(3), 644-650.

Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society. (2012). Dear Friend of the Center. Accesat pe 23 septembrie 2012 la

www.umassmed.edu/cfm/appeal/index.aspx.

Chah, A., Kornfield, J., şi Breiter, P. (1985). *A still forest pool: The insight meditation of Achaan Chah.* Wheaton, IL: Theosophical Publishing House.

Chen, K., Berger, C., Manheimer, E., Forde, D., Magidson, J., Dachman, L.,

et al. (2012). Meditative therapies for reducing anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety, 29*, 545-562.

Chessen, A. L., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., et al. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep, 22*, 1128-1133.

Chiesa, A., Calati, R., și Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities?: A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review, 31*, 449-464.

Childs, D. (2007). Mindfulness and the psychology of presence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 80*(3), 367-376.

Cho, S., Heiby, E. M., McCracken, L. M., Lee, S. M., și Moon, D. E. (2010). Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. *Journal of Pain, 11*(8), 789-797.

Chödrön, P. (2001). Tonglen. Halifax, NS, Canada: Vajradhatu.

Chödrön, P. (2002). *The places that scare you: A guide to fearlessness in difficult*

times. Boston: Shambhala.

Chödrön, P. (2007). *Practicing peace in times of war.* Boston: Shambhala.

Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J. T., Shekelle, P., et al. (2007). Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine, 147*(7), 478-491.

Christensen, A., și Jacobson, N. (2000). *Reconcilable differences.* New York: Guilford Press.

Christopher, J., Chrisman, J., Trotter-Mathison, M., Schure, M., Dahien, P., și Christopher, S. (2011). Perceptions of the long-term influence of mindfulness

training on counselors and psycotherapists: A qualitative inquiry. *Journal of Humanistic Psychology, 51*(3), 318-349.

Christopher, J., și Maris, J. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counseling and psychotherapy training. *Counseling and Psychotherapy Research, 10*(2), 114-125

Chung, C.Y. (1990). Psychotherapist and expansion of awareness. *Psychotherapy and Psychosomatics, 53*(1-4), 28-32.

Cigolla, F., și Brown, D. (2011). A way of being: Bringing mindfulness into individual therapy. *Psychotherapy Research, 21*(6), 709-721.

Cioffi, D., și Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 274-282.

Cisler, J. M., și Koster, E. H. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 30*, 203-216.

Clark, D., Fairburn, C., și Wessely, S. (2008). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: A commentary on Stiles et al. (2007). *Psychological Medicine, 38*, 629-634.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., și Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 411- 416.

Coatsworth, J.D., Duncan, L.G., Greenberg, M.T., și Nix R. (2009). Changing parents' mindfulness, child management skills, and relationship quality with their youth: Results From a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 203-217.

Corcoran, K., Farb, N., Anderson, A., și Segal, Z. (2010). Mindfulness and emotion regulation: Outcomes and possible mediating mechanisms. În A. Kring și D. Sloan (coord.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to*

etiology and treatment (pp. 339-355). New York: Guilford Press.

Coelho, H.F., Canter, P.H., şi Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 1000-1005.

Cohen, N., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., şi Parker, C. (2002). Six-month follow-up of two mother–infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, *23*(4), 361-380.

Cohen, N., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C., Barwick, M., et al. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 20*(4), 429-451.

Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D., Kimmel, S., şi Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice, 19,* 26-35.

Collum, E., şi Gehart, D. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(3), 347-360.

Cosley, B., McCoy, S., Saslow, L., şi Epel, E. (2010). Is compassion of others stress buffering?: Consequences of compassion and social support for physiological reactivity. *Journal of Experimental Social Psychology, 46,* 816-823.

Courtois, C.A., şi Ford, J.D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationshp-based approach guide.* New York: Guilford Press.

Cox, K.S. (2010). Elevation predicts domain-specific volunteerism 3 months later. *Journal of Positive Psychology, 5*(5), 333-341.

Cozolino, N. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain.* New York: Norton.

Craig, A.D. (2009). How do you feel—now?: The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(1), 59-70.

Craig, C., și Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment specialists. *Anxiety, Stress, and Coping, 23*(3), 31-339.

Craigie, M.A., Rees, C.S., și Marsh, A. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 553-568.

Cramer, H., Haller, H., Lauche, R., și Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain: A systematic review. *BioMed Central: Complementary and Alternative Medicine, 12*, 162.

Craske, M. G., și Barlow, D. H. (2008). Panic disorder and agoraphobia. În D.H. Barlow (coord.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment*

manual (a patra ediție, pp. 1-64). New York: Guilford Press.

Cree, M. (2010). Compassion focused therapy with perinatal and mother-infant distress. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 159-171.

Crespo-Facorro, B., Kim, J., Andreasen, N.C., O'Leary, D.S., Bockholt, H.J., și Magnotta, V. (2000). Insular cortex abnormalities in schizophrenia: A structural magnetic resonance imaging study of first-episode patients. *Schizophrenia Research, 46*(1), 35-43.

Crits-Chrisopth, P., și Gibbons, M.B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, *23*(2), 332-349.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M., și Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome?: Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 280-285.

Crocker, J., și Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support

in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 95,* 555-575.

Crombez, G., Vlaeyen, J.W., Heuts, P.H., şi Lysens, R. (1999). Painrelated fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain, 80*(1-2), 329-339.

Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The psychology of optimal experience.* New York: HarperCollins.

Dahlsgaard, K., Peterson, C., şi Seligman, M. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology, 9*(3), 203-213.

Dalai Lama, XIV. (1999). *Ethics for the new millennium.* New York: Riverhead Books.

Dalai Lama, XIV. (2000). *Transforming the mind.* New York: Thorsons/Element. Accesat pe 19 februarie 2011 la *www.dalailama.com/teachings/training-the-mind/verse-7.*

Dalai Lama, XIV. (2003). *Lighting the path: The Dalai Lama teaches on wisdom and compassion.* South Melbourne, Australia: Thomas C. Lothian.

Dalai Lama, XIV. (2005a, 12 noiembrie). Op-Ed: Our faith in science. *New York Times.* Retrieved from *www.nytimes.com/2005/11/12/opinion/12dalai.html? pagewanted=all&_r=1&.*

Dalai Lama, XIV. (2005b, 12 noiembrie). *Science at the crossroads.* Presentation at the annual meeting of the Society for Neuroscience, Washington, DC. Accesat pe 5 februarie 2011 la *www.dalailama.com/messages/buddhismlscience-at-the-crossroads.*

Dalai Lama, XIV. (25 mai 2010). Many faiths, one truth. *New York Times,* Op-Ed., p. A27.

Dalai Lama, XIV, şi Cutler, H. C. (2015). *Arta fericirii,* traducere de Anca

Bărbulescu, Bucureşti, Editura Humanitas.

Dalai Lama, XIV, şi Goleman, D. (2011). *Emoţiile distructive. Dialog ştiinţific cu Dalay Lama consemnat de Daniel Goleman,* traducere de Laurenţiu Staicu, Editura Curtea Veche, Bucureşti.

Dalrymple, K.L., şi Herbert, J.D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification, 31*, 543-568.

Darwin, C. (2010). *The works of Charles Darwin, Vol. 21: The descent of man, and selection in relation to sex (partea întâi)*. New York: New York University Press. (Lucrarea originală publicată în 1871)

Dass, R. (1971). *Be here now*. New York: Crown.

Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., et al. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: An exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity, 2011*, 651936.

Davidson, R.J. (2004). Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 359*, 1395-1411.

Davidson, R.J. (1 mai 2009). *Neuroscientific studies of meditation.* Eseu prezentat la conferinţa „Meditation and Psychotherapy: Cultivating Compassion and Wisdom"

organizată de Harvard Medical School, Boston, MA.

Davidson, R. J. (2012). The neurobiology of compassion. În C.K. Germer şi R.D. Siegel (coord), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 111-118). New York: Guilford Press.

Davidson, R.J., şi Harrington, A. (2001). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.

Davis, D.M., & Hayes, J.A. (2011). What are the benefits of mindfulness?: A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198-208.

Davis, J. H. (noiembrie 2011). What feels right about right action? *Insight Journal*. Barre Center for Buddhist Studies, Barre, MA.

Decety, J. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal, 6*, 1146-1163.

Decety, J. (2011). The neuroevolution of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1231*, 35-45.

Decety, J., și Cacioppo, J. (2011). *The Oxford handbook of social neuroscience.* New York: Oxford University Press.

Decety, J., și Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*, 71-100.

Decety, J., și Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology, 20*, 1053-1080.

Decety, J., Michalska, K.J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science, 13*(6), 886-899.

DeGraff, G. (1993). *Mind like fire unbound: An image in the early buddist discourses* (a patra ediție). Valley Center, CA: Metta Forest Monastery.

Deikman, A. (2001). *Spirituality expands a therapist's horizons.* Accesat pe 6 iulie 2004 la *www.buddhanet.net/psyspir3.htm.*

Delmonte, M. (1986). Meditation as a clinical intervention strategy: A brief

review. *International Journal of Psychosomatics, 33*(3), 9-12.

Depue, R.A., şi Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences, 28,* 313-395.

Desbordes, G., Negi, L., Pace, T., Wallace, A., Raison, C., şi Schwartz, E. (2012). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human*

Neuroscience, 6, 292.

Deutsch, D. (2011). *The beginning of infinity: Explanations that transform the world.* New York: Viking Press.

Devettere, R.J. (1993). Clinical ethics and happiness. *Journal of Medical Philosophy, 18,* 71-89.

Deyo, R.A, Rainville, J., şi Kent, D. L. (1992). What can the history and physical examination tell us about low back pain? *Journal of the American Medical Association, 268*(6), 760-765.

Dickinson, E. (1872). Corespondența Dickinson/Higginson: spre finalul anului 1872. *Dickinson Electronic Archives.* Institute for Advanced Technology in the Humanities (IATH), University of Virginia. Accesat pe 21 iulie 2004 la *http://jefferson.village.virginia.edy/cgi-bin/AT-Dickinsonsearch.cgi.*

Didonna, F. (coord.). (2009). *Clinical handbook of mindfulness.* New York: Springer.

Dodson-Lavelle, B. (21 iulie 2011). *Cognitive-based compassion training (CBCT*). Eseu prezentat la conferința „How to Train Compassion" de la Max-Planck Institute for Human and Cognitive Brain Sciences, Berlin, Germania.

Duckworth, A. (2007). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(6), 1087-1101.

Duncan, B., Hubble, M., şi Miller, S. (1997). *Psychotherapy with*

„impossible" cases:

The efficient treatment of therapy veterans. New York: Norton.

Duncan, B., şi Miller, S. (2000). *The heroic client: Doing client-centered, outcome-informed therapy.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Duncan, L.G., Coatsworth, J.D., şi Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12,* 255-270.

Duncan, L.G., Moskowitz, J., Neilands, T., Dilworth, S., Hecht, F., şi Johnson, M. (2012). Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: A randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 43*(2), 161-171.

Dunn, E.W., Aknin, L.B., şi Norton, M.I. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science, 319,* 1687-1688.

Ehlers A.A. (1995). 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 164-172.

Eisenberger, N.I., şi Lieberman, M.D. (2004). Why rejection hurts: A common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences, 8,* 294-300.

Ekman, P. (2010). Darwin's compassionate view of human nature. *Journal of the American Medical Association, 303*(6), 557-558.

Eliot, T.S. (2011). *Opere Poetice,* 1909-1962, ediţie bilingvă, traducere de Şerban Foarţă şi Adriana Carmen Racoviţă, Bucureşti, Editura Humanitas.

Elliot, R., Bohart, A., Watson, J., şi Greenberg, L. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker*. New York: Basic Books.

Epstein, M. (2008). *Psychotherapy without the self: A Buddhist perspective.* New Haven, CT: Yale University Press

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton.

Etkin, A., şi Wager, T. (2007). Reviews and overviews functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry, 164,* 1476-1488.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., şi Haglin D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22,* 716-721.

Excuriex, B., şi Labbé, E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the literature. *Mindfulness, 2*(3), 242-253.

Faber, A., şi Mazlish, E. *(1999). How to talk so kids will listen and listen so kids will talk.* New York: Avon.

Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G., şi Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: A magnetic stimulation study. *Journal of Neurophysiology, 73,* 2608-2611.

Farb, N.A., Anderson, A.K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., şi Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion, 10*(1), 25-33.

Farb, N., Segal, Z., şi Anderson, A. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention. *Social Cognitive and Affective Neuroscience.*

Farb, N.A., Segal, Z.V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., et al. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience,*

2(4), 313-322.

Farber, B.A., şi Doolin, E.M. (2011). Positive regard and affirmation. În J.C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (ediţia a doua). New York: Oxford University Press.

Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Thompson-Hollands, J., Carl, J., et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*(3), 666-678.

Feldman, C. (2001). *The Buddhist path to simplicity: Spiritual practice for everyday*

life. London, UK: HarperCollins.

Feldman, C., şi Kornfield, J. (1991). *Stories of the spirit, stories of the heart.* New York: HarperCollins.

Feldman, C., şi Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 143-155.

Fields, R. (1992). *How the swans came to the lake: The narrative history of Buddhism in America.* Boston: Shambhala.

Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology, 58,* 1433-1441.

Fjorback, L., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., şi Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(2), 102-119.

Flanagan, O. (6 octombrie 2011). *Buddhist ethics naturalized: Contemporary perspectives on Buddhist ethics.* Presentation given at Columbia University conference, New York, NY.

Flor, H., Turk, D.C., şi Birbaumer, N. (1985). Assessment of stress-related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 53(3), 354-364.

Foa, E.B., Franklin, M., şi Kozak, M. (1998). Psychosocial treatments for

obsessive-compulsive disorder: Literature review. În R. Swinson, M. Anthony, S. Rachman, şi M. Richter (coord.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 258-276). New York: Guilford Press.

Foa, E.B., Huppert, J.D., şi Cahill, S.P. (2006). Emotional processing theory: An update. În B.O. Rothbaum (coord.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.

Follette, V.M., Palm, K.M., şi Hall, M.L.R. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. În S.C. Hayes, V.M. Follette, şi M.M. Linehan (coord.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 192-208). New York: Guilford Press.

Follette, V.M., şi Vijay, A. (2009). Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorder. În F. Didonna (coord.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 299-317). New York: Springer.

Fonagy, P., şi Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679-700.

Forsyth, J., şi Eifert, G. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety:* A *guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using acceptance and commitment therapy.* Oakland, CA: New Harbinger.

Fox, S.D., Flynn, E., şi Allen, R.H. (2011). Mindfulness meditation for women with

chronic pelvic pain: A pilot study. *Journal of Reproductive Medicine, 56*(3-4), 158-162.

Frank, J. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy.* London, UK: Oxford University Press.

Fraser, R.D., Sandhu, A., şi Gogan, W.J. (1995) Magnetic resonance imaging

findings 10 years after treatment for lumbar disc herniation. *Spine, 20*(6), 710-714.

Fredrickson, B.L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist, 91,* 330-335.

Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the 3 to 1 ratio that will change your life.* New York: Three Rivers Press.

Fredrickson, B.L. (2012). Building lives of compassion and wisdom. În C.K. Germer şi R.D. Siegel (coord.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 48-58). New York: Guilford Press.

Fredrickson, B.L., şi Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion, 19*(3), 313-332.

Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J., şi Finkel, S.M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95,* 1045-1062.

Freud, S. Disconfort în cultură (1930 [1929]), în *Opere esenţiale,* Vol. 9, Bucureşti,

Editura Trei, (2010d).

Freud, S. (2005). Studii despre isterie. În *Sigmund Freud — Opere* Vol. 12, traducere de M. Nastasia şi I. Nastasia, Bucureşti, Editura Trei. (Lucrarea originală publicată în 1895)

Freud, S. (2010a). Dincolo de principiul plăcerii. În *Sigmund Freud — Opere esenţiale* Vol. 3, G. Lepădatu, G. Purdea, V.D. Zamfirescu (Trad.), Bucureşti, România: Editura Trei. (Lucrarea originală publicată în 1920)

Freud, S. (2010b). Doliu şi melancolie. În *Sigmund Freud — Opere esenţiale,* Vol. 3, traducere de G. Lepădatu, G. Purdea, V.D. Zamfirescu, Bucureşti,

Editura Trei. (Lucrarea originală publicată în 1917)

Freud, S. (2010c). Sfaturi pentru medic, în ceea ce priveşte tratamentul psihanalitic. În *Sigmund Freud — Opere esenţiale*, Vol. 11, traducere de R. Melnicu, Bucureşti, Editura Trei. (Lucrarea originală publicată în 1912)

Fromm, E., Suzuki, D.T., şi DeMartino, R. (2015). *Budismul Zen şi psihanaliza*, trad. Smaranda Nistor, Bucureşti, Editura Trei, 2009, pp. 223-315.

Galantino, M., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P., şi Farrer, J. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: Mindfulness in practice. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 21*(4),

255-261.

Gard, T., Hölzel, B.K., Sack, A.T., Hempel, H., Lazar, S.W., Vaitl, D., et al. (2012). Pain attenuation through mindfulness is associated with decreased cognitive control and increased sensory processing in the brain. *Cerebral Cortex, 22*(11), 2692-2702.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind.* New York: Basic Books.

Garland, E.L., Fredrickson, B.L., Kring, A.M., Johnson, D.P., Meyer, P.S., şi Penn, D.L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunction and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review, 30,* 849-864.

Garland, E.L., Gaylord, S.A., şi Fredrickson, B.L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness, 2,* 59-67

Garland, E.L., Gaylord, S.A., Palsson, O., Faurot, K., Douglas Mann, J., şi Whitehead, W.E. (2011). Therapeutic mechanisms of a mindfulness-based treatment for IBS: Effects on visceral sensitivity, catastrophizing, and

affective processing of pain sensations. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(6), 591-602.

Gaser, C., şi Schlaug, G. (2003). Brain structures differ between musicians and

non-musicians. *Journal of Neuroscience, 23*(27), 9240-9245.

Gatchel, R.J., şi Blanchard, E.B. (coord.). (1998). *Psychophysiological disorders: Research and clinical applications.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gaylord, S.A., Paisson, O.S., Garland, E.L., Faurot, K.R., Coble, R.S., Mann, J.D., et al. (2011). Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: Results of a randomized controlled trial. *American Journal of Gastoenterology, 106*, 1678-1688.

Geller, S., şi Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered and Experiential Psychotherapies, 1*(1-2), 71-86.

Geller, S., şi Greenberg, L. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method.* New York: Guilford Press.

Germer, C.K. (2005a). Anxiety disorders: Befriending fear. În C.K. Germer, R.D. Siegel, şi P.R. Fulton (coord.). *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 152-172). New York: Guilford Press.

Germer, C.K. (2005b). Teaching mindfulness in therapy. În C.K. Germer, R.D.

Siegel, şi P.R. Fulton (coord.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 113-129). New York: Guilford Press.

Germer, C.K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself*

from destructive thoughts and emotions. New York: Guilford Press.

Germer, C.K. şi Siegel, R.D. (coord.). (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice.* New York: Guilford Press.

Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., şi Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 618-628.

Gilbert, B.D., şi Christopher, M.S. (2009). Mindfulness-based attention as a moderator of the relationship between depressive affect and negative cognitions. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 514-521.

Gilbert, P. (coord.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy.* London, UK: Routledge.

Gilbert, P. (2009a). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges.* Oakland, CA: New Harbinger Press.

Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15,* 199-208.

Gilbert, P. (2010a). Compassion focused therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*, 95-210.

Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series.* London, UK: Routledge.

Gilbert, P. (2010c). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 97-112.

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., şi Rivis, A. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy.*

Gilbert, P., şi Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people

with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13,* 353-379.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Godfrin, K.A., şi van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 48,* 738-746.

Goffman, E. (1971). *Relations in public.* New York: Harper Colophon.

Gold, D.B., şi Wegner, D.M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology, 25,*

1245-1261.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry, 61,* 34-41.

Goldenberg, D.L., Kaplan, K.H., Nadeau, M.G., Brodeur, C., Smith, S., şi Schmid, C.H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain, 2,* 53-66.

Goldin, P., şi Gross, J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83-91.

Goldstein, J. (7 mai 2010*). The meditative journey: Meditation and psychotherapy-refining the art.* Prezentare la conferinţă Harvard Medical School, Cambridge, MA.

Goodman, T., Greenland, S.K., şi Siegel, D.J. (2012). Mindful parenting as a path to wisdom and compassion. În C.K. Germer & R.D. Siegel (coord.),

Wisdom and compassion in psychotherapy (pp. 295-310). New York: Guilford Press.

Goss, K., şi Allen, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 141-158.

Grant, J.A., Courtemanche, J., Duerden, E.G., Duncan, G.H., & Rainville, P. (2010). Cortical thickness and pain sensitivity in Zen meditators. *Emotion, 10(1),* 43-53.

Grant, J.A., Courtemanche, J., şi Rainville, P. (2011). A non-elaborative mental

stance and decoupling of executive and pain-related cortices predicts low pain sensitivity in Zen meditators. *Pain*, *152*(1), 150-156.

Grant, J.A., şi Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: A cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine, 71*(1), 106-114.

Greason, P.B., şi Cashwell, C.S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision, 49*(1), 2-19.

Green, R. (2001). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children.* New York: HarperCollins.

Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-focused therapy (theories of psychotherapy).* Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S., şi Safran, J.D. (1987). *Emotions in psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Greenland, S.K. (2010). *The mindful child: How to help your kid manage stress and become happier, kinder, and more compassionate.* New York: Free Press.

Greeson, J. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary*

Health Practice Review, 14(1), 10-18.

Gregg, J., Callaghan, G., Hayes, S., şi Glenn-Lawson, J. (2007). Improving diabetes

self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 336-343.

Grepmair, L., Mietterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., şi Nickel, N. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76,* 332-338.

Grienenberger, J., Slade, A., şi Kelly, K. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development, 7*(3), 299-311.

Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Reilly-Spong, M., Wall, M., Winbush, N.Y., Patterson, R., et al. (2011). Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trial. *Explore: The Journal of Science and Healing, 7*(2), 76-87.

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.

Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: Comentariu în Brown et al. (2011). *Psychological*

Assessment, 23(4), 1034-40; discuţia de la 1041-1046.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., şi Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57,* 35-43.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., și Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(4), 226-233.

Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A. și Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 186-201.

Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in plain English.* Somerville, MA: Wisdom.

Gurman, S., și Messer, A. (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice* (a treia ediție). New York: Guilford Press.

Gusnard, D., și Raichle, M. (2001). Searching for a baseline: Functional imaging and the resting human brain. *Nature Reviews: Neuroscience, 2,* 685-694.

Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., și Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: Systematic review. *British Medical Journal, 323,* 1186-1187.

Gyatso, T. (12 noiembrie 2005). Our faith in science. *New York Times,* editorial de

comentarii. Accesat pe 23 februarie 2012 la *www.nytimes.com/2005/11/12/opinion/12dalai.html?pagewanted=a11*.

Halifax, J. (1993). The road is your footsteps. În T.N. Hanh (coord.), *For a future to be possible: Commentaries on the five wonderful precepts* (pp. 143-147). Berkeley, CA: Parallax Press.

Hall, H., McIntosh, G., Wilson, L., și Melles, T. (1998). Spontaneous onset of back pain. *Clinical Journal of Pain, 14*(2), 129-133.

Hanh, T.N. (1976). *The miracle of mindfulness.* Boston: Beacon Press.

Hanh, T.N. (1992). *Peace is every step: The path of mindfulness in everyday*

life. New York: Bantam Books.

Hanh, T.N. (1998). *The heart of the Buddha's teachings.* Berkeley, CA: Parallax Press.

Hanh, T.N. (2003). *Joyfully together: The art of building a harmonious community.* Berkeley, CA: Parallax Press.

Hanh, T.N. (2007). *For a future to be possible: Buddhist ethics for everyday life.* Berkeley, CA: Parallax Press.

Hanson, R., și Mendius, R. (2009). *Buddha's brain: The practical neuroscience of happiness, love, and wisdom.* Oakland, CA: New Harbinger.

Harris, R., și Hayes, S. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy.* Oakland, CA: New Harbinger.

Harris, S. (martie 2006). Killing the Buddha. *Shambala Sun.* Accesat pe 23 februarie 2012 la *www.shambhalasun.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2903&Itemid=0.*

Hart, S. (2010). *The impact of attachment.* New York: Norton.

Hartranft, C. (2003). *The yoga-sutra of Pantajali.* Boston: Shambhala.

Hasenkamp, W., și Barsalou, L.W. (2012). Effects of meditation experience on functional connectivity of distributed brain networks. *Frontiers in Human Neuroscience, 6*, 38.

Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall, C.D., Duncan, E., și Barsalou, L.W. (2012). Mind wandering and attention during focused meditation: A fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neurolmage, 59*(1), 750-760.

Hatcher, R. (2010). Alliance theory and measurement. În J. Muran și J. Barber (coord.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 7-28). New York: Guilford Press.

Hayes, S. (2002a). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical*

Psychology: Science and Practice, 9(1), 101-106.

Hayes, S. (2002b). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 58-66.

Hayes, S. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging

trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*(1), 141-168.

Hayes, S.C., Follette, V.M., şi Linehan, M. (2011). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., şi Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., şi Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., şi Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (a doua ediţie). New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., şi Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.

Hayes, S., şi Smith, S. (2013). *Noua terapie prin acceptare şi angajament,* trad. de Krisztina-Gabriela Szabo, Bucureşti, Polirom.

Hayes, S., Strosahl, K., şi Houts, A. (coord.). (2005). *A practical guide to acceptance*

and commitment therapy. New York: Springer.

Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L., şi Orsillo, S.M. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

Hein, G., şi Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: The empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology, 18*(2), 153-158.

Hembree, E.A., şi Foa, E.B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 187-199.

Henley, A. (1994). When the iron bird flies: A commentary on Sydney Walter's „Does a systemic therapist have Buddha nature?" *Journal of Systemic Therapies, 13*(3), 50-51.

Hermans, D., Craske, M.G., Mineka, S., şi Lovibond, P.F. (2006). Extinction in human fear conditioning. *Biological Psychiatry, 60,* 361-368.

Hick, S., şi Bien, T. (coord.). (2010). *Mindfulness and the therapeutic relationship.* New York: Guilford Press.

Hill, C., şi Updegraff, J. (2012). Mindfulness and its relationship to emotion regulation. *Emotion, 12*(1), 81-90.

Hillman, J. (2003). Cuvânt înainte. În Heraclitus, *Fragments* (pp. xi—xviii). New

York: Penguin Classics.

Hoffman, C., Ersser, S., Hopkinson, J., Nicholis, P., Harrington, J., şi Thomas, P. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 —III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 12,* 1335-1342.

Hofmann, S., Grossman, P., şi Hinton, D. (2011). Loving-kindness and

compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review, 31,* 1126-1132.

Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., şi Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 78*(2), 169-183.

Hofmann, S.G., şi Smits, J.J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69,* 621-632.

Hollis-Walker, L., şi Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 222-227.

Hölzel, B.K., Carmody, J., Evans, K.C., Hoge, E.A., Dusek, J.A., Morgan, L., et al. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social*

Cognitive and Affective Neuroscience, 5, 11-17.

Hölzel, B.K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., et al. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191,* 36-42.

Hölzel, B.K., Hoge, E.A., Greve, D.N., Gard, T., Creswell, J.D., Brown, K.W., et al. (2013). *Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness meditation training.* Manuscris acceptat spre publicare.

Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R., şi Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work?: Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-559.

Hölzel, B.K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., et al. (2008). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 3,* 55-61.

Hölzel, B.K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., et al. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters, 421*(1), 16-21.

Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis.* New York: Norton.

Horowitz, M.J. (1978). *Stress response syndromes.* New York: Jason Aronson.

Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., şi Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. În J.C. Norcross (coord.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (a doua ediţie). New York: Oxford University Press.

Huppert, J., Bufka, L., Barlow, D., Gorman, J., şi Shear, M. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 747-755.

Iacoboni, M. (2008). *Mirroring people.* New York: Farrar, Giroux & Strauss.

Immordino-Yang, M., McColl, A., Damasio, H., şi Damasio, A. (2009). Neural correlates of admiration and compassion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106*(19), 8021-8026.

Irving, J., Dobkin, P., şi Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15,* 61-66.

Iyengar, B.K.S. (1966). *Light on yoga.* New York: Schocken Books.

James, H., şi Chymis, A. (2004). *Are happy people ethical people?: Evidence from North America and Europe* (Lucrarea nr. AEWP, 2004). Columbia, MO: University of Missouri, Department of Agricultural Economics.

James, W. (2007). *The principles of psychology* (Vol. 1). New York: Cosimo. (Lucrarea originală publicată în 1890)

Jang, J.H., Jung, W.H., Kanga, D.H., Byuna, M.S., Kwonc, S.J., Choid, C.H., et al. (2011). Increased default mode network connectivity associated with meditation. *Neuroscience Letters, 487,* 358-362.

Jensen, M.C., BrantZawadzki, M.D., Obucowski, N., Modic, M.T., Malkasian, D., şi Ross, J. S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New England Journal of Medicine, 331*(2), 69-73.

Jha, A., Krompinger, J., şi Baime, M. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 7*(2), 109-119.

Jimenez, S.S., Niles, B.L., şi Park, C.L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences, 49,* 645-650.

Jinpa, T., Rosenberg, E., McGonigal, K., Cullen, M., Goldin, P., şi Ramel, W. (2009). *Compassion cultivation training (CCT): An eight-week course on cultivating compassionate heart and mind.* Manuscris nepublicat. The Center for Compassion and Altruism Research and Education, Stanford University, Stanford, CA.

Johnson, J., Germer, C., Efran, J., şi Overton, W. (1988). Personality as a basis for

theoretical predilections. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(5), 824-835.

Jordan, J.V. (1991). Empathy and self boundaries. În J.V. Jordan, A.G. Kaplan, J.B. Miller, I.P. Stiver, şi J.L. Surrey (coord.), *Women's growth in connection: Writings form the Stone Center* (pp. 67-80). New York: Guilford Press.

Jordan, J.V., Kaplan, A.G., Miller, J.B., Stiver, I.P., şi Surrey, J.L. (1991). *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center.* New York: Guilford Press.

Joseph, S., Dalgleish, D., Williams, R., Yule, W., Thrasher, S., şi Hodgkinson, P. (1997). Attitudes towards emotional expression and post-traumatic stress in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *British Journal of Psychology, 36*, 133-138.

Jung, C. (2010). Comentariu psihologic la Bardo Thödol, în Opere complete, vol. 11, Psihologia religiei vestice şi estice, traducere de Viorica Nişcov, Editura Trei, Bucureşti, pp. 544-562.

Junger, S. (2010). *War.* New York: Twelve.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Dell.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are.* New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2002, iarna). At home in our bodies. *Tricycle: The Buddhist Review.*

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness.* New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness pentru începători,* trad. de Cătălina Petria, Bucureşti, Editura Trei.

Kabat-Zinn, M., şi Kabat-Zinn, J. (1998). *Everyday blessings: The inner*

work of mindful parenting. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., şi Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163-190.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M.J., Cropley, T.G., et al. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine, 50,* 625-632.

Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow.* New York: Farrar, Straus & Giroux.

Kaiser Greenland, S. (2010). *The mindful child: How to help your kid manage stress and become happier, kinder, and more compassionate.* New York: Free Press.

Kang, D., Jo, H.J., Jung, W.H., Kim, S.H., Jung, Y., şi Choi, C. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). The effect of meditation on brain structure: Cortical thickness mapping and diffusion tensor imaging. *Social Cognitive and Affective Neuroscience.*

Kaplan, K.H., Goldenberg, D.L., şi Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry, 15*(5), 284-289.

Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7,* 167-181.

Karlson, H. (2011). How psychotherapy changes the brain. *Psychotherapy Update, 28*(8). Accesat pe 23 septembrie 2012 la *http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1926705.*

Kazantzis, N., şi Dattilio, F.M. (2010). Definitions of homework, types of homework, and ratings of the importance of homework among psychologists

with cognitive behavior therapy and psychoanalytic theoretical orientations. *Journal of Clinical Psychology, 66*(7), 758-773.

Kearney, D.J., McDermott, K., Martinez, M., și Simpson, T.L. (2011). Association of

participation in a mindfulness programme with bowel symptoms, gastrointestinal symptom-specific anxiety and quality of life. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 34*(3), 363-373.

Kearney, M., Weininger, R., Vachon, M., Harrison, R., și Mount, B. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: Being connected… „a key to my survival." *Journal of the American Medical Association, 301*(11), 1155-1165.

Keltner, D. (2009). *Born to be good: The science of a meaningful life.* New York: Norton.

Keltner, D., Marsh, J., și Smith, J. (2010). *The compassionate instinct.* New York: Norton.

Keng, S., Smoski, M., și Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31,* 1041-1056.

Kerr, C.F., Josyula, K., și Littenberg, R. (2011). Developing an observing attitude: An analysis of meditation diaries in an MBSR clinical trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18,* 80-93.

Kesebir, P., și Diener, E. (2008). In defense of happiness: Why policymakers should care about subjective well-being. În L. Bruni, F. Comin, și M. Pugno (coord.), *Capabilities and happiness* (pp. 60-80). New York: University Press.

Keysers, C. (2011). *The empathic brain.* Amsterdam, Netherlands: Social Brain Press.

Khazan, I. (2013). *The clinical handbook of biofeeback: A guide for training*

and practice with mindfulness. New York: Wiley.

Killingsworth, M.A., şi Gilbert, D.T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science, 330,* 932.

Kilpatrick, L.A., Suyenobu, B.Y., Smith, S.R., Bueller, J.A., Goodman, T., Creswell, J.D., et al. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity. *Neuro Image, 56,* 290-298.

Kim, D., Wampold, B., şi Bolt, D. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random effects modeling of the NIMH TDCRP data. *Psychotherapy Research, 16,* 161-172.

Kim, J., Kim, S., Kim, J., Joeng, B., Park, C., Son, A., et al. (2011). Compassionate attitude towards others' suffering activates the mesolimbic neural system. *Neuropsychologia, 47,* 2073-2081.

Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M.A., şi Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66,* 17-33.

Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., şi Skinner, T.C. (2007). A pilot randomized

control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(3), 297-300.

Kleinman, A., Kunstadter, P., Alexander, E., Russell, G., & James, L. (Editori). (1978). *Culture and healing in Asian societies: Anthropological, psychiatric and public health studies.* Cambridge, MA: Schenkman.

Klimecki, O., Leiberg, S., Lamm, C., şi Singer, T. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect. *Cerebral Cortex.*

Klimecki, O., şi Singer, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue?: Integrating findings from empathy research in

psychology and social neuroscience. În B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, și D.S. Wilson (coord.), *Pathological altruism* (pp. 368-384). New York: Oxford University Press.

Kocovski, N.L., ,Laurier, W., și Rector, N.A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 276-289.

Koerner, K., și Linehan, M. (2011). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide.* New York: Guilford Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self.* New York: International University

Press.

Kolden, G.G., Klein, M.H., Wang, C.C., și Austin, S.B. (2011). Congruence/ genuineness. *Psychotherapy, 48*(1), 65-71.

Kolts, R. (2011). *The compassionate mind approach to managing your anger.* London, UK: Constable & Robinson.

Kori, S.H., Miller, R.P., și Todd, D.D. (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management, 3,* 35-43.

Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., și Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 2518-2526.

Kramer, G. (2007). *Insight dialogue: The interpersonal path to freedom.* Boston: Shambhala.

Kramer, G., Meleo-Meyer, F., și Turner, M.L. (2008). Cultivating mindfulness in relation: Insight dialogue and the interpersonal mindfulness program. În S. Hick și T. Bien (coord.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 195-214). New York: Guilford Press.

Kramer, J. (2004). *Buddha mom.* New York: Penguin.

Krasner, M., Epstein, R., Beckman, H., Suchman, A., Chapman, A., Mooney, C., et al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with

burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association, 302,* 1284-1293.

Kristeller, J.L., şi Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders, 19*(1), 49-61.

Krüger, E. (2010). *Effects of a meditation-based programme of stress reduction on levels of self-compassion.* Teză de dizertaţie masterală nepublicată, School of Psychology, Bangor University, Wales, UK.

Kurtz, R. (1990). *Body-centered psychotherapy: The Hakomi method.* Mendecino, CA: Life Rhythm.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 966-978.

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy, 48,* 1105-1112.

Lambert, M.J., şi Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38,* 357-361.

Lambert, M.J., şi Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy.

În M. Lambert (coord.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (a cincea ediţie, pp. 139-193). New York: Wiley.

Lambert, M.J., şi Okishi, J.C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology:*

Science and Practice, 4, 66-75.

Lambert, N.M., Fincham, F.D., Stillman, T.F., şi Dean, L.R. (2009). More gratitude, less materialism: The mediating role of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, *4*(1), 32-42.

Lamott, A. (1993). *Operating instructions: A journal of my son's first year.* New York: Pantheon.

Landis, S.K., Sherman, M.F., Piedmont, R.L., Kirkhart, M.W., Rapp, M.W., şi Bike, D.H. (2009). The relation between elevation and self-reported prosocial behavior: Incremental validity over the five-factor model of personality. *Journal of Positive Psychology, 4*(1), 71-84.

Landreth, G. (2002). Play therapy: The art of the relationship. New York: Brunner-Routledge.

Langer, A., Cangas, A., Salcedo, E., şi Fuentes, F. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*(1), 105-109.

Law, N. (31 martie 2008). Scientists probe meditation secrets. *BBC News Online.* Accesat la *http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7319043.stm.*

Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport, 16*(17), 1893-1897.

Lazarus, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy, 30*, 404-407.

Lee, D. (1959). *Freedom and culture.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lee, R., şi Martin, J. (1991). *Psychotherapy after Kohut: A textbook of self-psychology.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lee, T., Leung, M., Hou, W., Tang, J., Yin, J., So, K., et al. (2012). Distinct neural activity associated with focused-attention meditation and loving-kindness meditation. *PLoS One, 7*(8), e40054.

Leeuw, M., Goossens, M.E., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., şi Vlaeyen, J.W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(1), 77-94.

Leiblich, A., McAdams, D., şi Josselson, R. (2004). *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic

psychotherapy and cognitive behavioural therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21,* 401-419.

Leung, M.K., Chan C.C., Yin J., Lee C.F., So K.F., şi Lee T.M. (2012). Increased gray matter volume in the right angular and posterior parahippocampal gyri in loving-kindness meditators. *Socical Cognitive and Affective Neuroscience, 8*(1), 34-39.

Levine, S., şi Levine, O. (1995). *Embracing the beloved: Relationship as a path of awakening.* New York: Doubleday.

Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M., şi Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35,* 747-766.

Lewis, T., Amini, F., şi Lannon, R. (2001). A *general theory of love.* New York: Random House.

Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (2 mai 2009). *Radical compassion: Translating Zen into psychotherapy.* Prezentare ţinută la conferinţa Meditation and Psychotherapy:

Cultivating

Compassion and Wisdom de la Harvard Medical School, Cambridge, MA.

Linton, S.J. (1997). A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: Establishing a link. *Pain, 73*(1), 47-53.

Litt, M.D., Shafer, D., şi Napolitano, C. (2004). Momentary mood and coping processes in TMD pain. *American Psychological Association, 23*(4), 354-362.

Liu, X., Wang, S., Chang, S., Chen, W., şi Si, M. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Effect of brief mindfulness intervention on tolerance and distress of pain induced by cold-pressor task. *Stress Health.*

Lovibond, P., Mitchell, C., Minard, E., Brady, A., şi Menzies, R. (2009). Safety behaviours preserve threat beliefs: Protection from extinction of human fear conditioning by an avoidance response. *Behaviour Research and Therapy, 47,* 716-720.

Lowens, I. (2010). Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 172-185.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, T., Woody, G., Piper, W., şi Imber, S. (1986). Do therapists vary much in their success?: Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry, 51,* 501-512.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T., Berman, J., Levitt, J., et al. (2002). The dodo bird is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 2-12.

Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y., şi Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(3), 527-539.

Luders, E., Clark, K., Narr, K.L., şi Toga, A.W. (2011). Enhanced brain connectivity in long-term meditation practitioners. *NeuroImage, 57,* 1308-1316.

Luders, E., Thompson, P.M., Kurth, F., Hong, J.-Y., Phillips, O.R., Wang, Y. (în curs de apariție la data ediției în engleză). Global and regional alterations of hippocampal anatomy in longterm meditation practitioners. *Human Brain Mapping.*

Luders, E., Toga, A.W., Lepore, N., şi Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *NeuroImage, 45*(3), 672-678.

Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., şi Davidson, R. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE, 3*(3), e1897.

Lutz, A., Greischar, L.L., Perlman, D.M., şi Davidson, R.J. (2009). BOLD signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices. *NeuroImage, 47*(3), 1038-1046.

Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, N., Ricard, M., şi Davidson, R. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude synchrony during mental practice.

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 101, 16369-16373

Lutz, A., McFarlin, D.R., Perlman, D.M., Salomons, T.V., şi Davidson, R.J. (2013). Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in expert meditators. *NeuroImage, 64,* 538-546.

Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., şi Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences, 12*(4), 163-169.

Lutz, A., Slagter, H.A., Rawlings, N., Francis, A., Greischar, L., şi Davidson, R. (2009). Mental training enhances attentional stability: Neural and behavioral evidence. *Journal of Neuroscience, 29,* 13418-13427.

Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N., şi Linehan, M.M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of*

Clinical Psychology, 3, 181-205.

Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want.* New York: Penguin Press.

Ma, S.H., şi Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 31-30.

Magid, B. (2002). *Ordinary mind: Exploring the common ground of Zen and*

psychotherapy. Somerville, MA: Wisdom.

Maharaj, N. (1997). *I am that: Talks with Sri Nisargadatta* (M. Frydman, Trand.). New York: Aperture.

Maharishi Mahesh Yogi. (2001). *Science of being and art of living: Transcendental meditation.* New York: Plume. (Lucrarea originală publicată în 1968)

Mahasi Sayadaw. (1971). *Practical insight meditation: Basic and progressive stages.* Kandy, Sri Lanka: Forest Hermitage.

Marlatt, G.A., şi Donovan, D.M. (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive disorders* (a doua ediţie). New York: Guilford Press.

Marlatt, G.A., şi Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.

Martin, D.J., Garske, J.P., şi Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 438-450.

Martin-Asuero, A., şi Garcia-Banda, G. (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Spanish Journal of Psychology, 13*(2), 897-905.

Mascaro., J., Rifling, J., Negi, L., şi Raison, C. (2013). Pre-existing brain

function predicts subsequent practice of mindfulness and compassion meditation.

NeuroImage, 60, 35-42.

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality.* New York: Harper.

Maslow, A.H. (1966). *The psychology of science: A reconnaissance.* New York: Harper şi Row.

Mason, M., Norton, M., Van Horn, J., Wegner, D., Grafton, S., şi Macrae, C. (2007). Wandering minds: The default network and stimulus-independent thought. *Science, 315*(5810), 393-395.

Masters, W.H. (1970). *Human sexual inadequacy.* New York: Little, Brown.

Masters, W.H., şi Johnson, V.E. *(1966). Human sexual response.* Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

May, C., Burgard, M., Mena, M., Abbasi, I., Bernhardt, N., Clemens, S., et al. (2011). Short-term training in loving-kindness meditation produces a state, but not a trait, alteration of attention. *Mindfulness, 2*(3), 143-153.

May, R. (1967). *The art of counseling.* New York: Abingdon Press.

Mayer, T.G., Gatchel, R.J., Mayer, H., Kishino, N.D., Keeley, J., şi Mooney, V. (1987). A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury: An objective assessment procedure. *Journal of the American Medical Association, 258*(13), 1763-1767.

McCarthy, K. (2012). *Self gratitude and personal success.* Accesat pe 3 noiembrie

2012 la *http://ezinearticles.com/?Self-Gratitude-and-Personal-Success&id=800893.*

McCollum, E., şi Gehart, D. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(3), 347-360.

McCown, D., Reibel, D., şi Micozzi, M. (2011). *Teaching mindfulness. A practical guide for clinicians and educators.* New York: Springer.

McGrath, P.A. (1994). Psychological aspects of pain perception. *Archives of Oral Biology, 39* (Supliment), 55S-62S.

McKay, K., Imel, Z., şi Wampold, B. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 92,* 287-290.

McKim, R.D. (2008). Rumination as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness-based stress reduction with a heterogenous community sample experiencing anxiety, depression, and/or chronic pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering, 68,* 7673.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

Mechelli, A., Crinion, J.T., Noppeney, U., O'Doherty, J., Ashburner, J., Frackowiak, R. S., et al. (2004). Neurolinguistics: Structural plasticity in the bilingual brain. *Nature, 431,* 757.

Mehling, W.E., Hamel, K.A., Acree, M., Byl, N., şi Hecht, F.M. (2005). Randomized, controlled trial of breath therapy forpatients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 11*(4), 44-52.

Melzack, R., şi Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(699), 971-979.

Mennin, D.S., şi Fresco, D.M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. În A.M. Kring şi D.M. Sloan (coord.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). New York: Guilford Press.

Meyer, B., Pilkonis, P., Krupnick, J., Egan, M., Simmens, S., şi Sotsky, S. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of

Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 1051-1055.

Michalak, J., Burg, J., şi Heidenreich, T. (2012). Don't forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. *Mindfulness, 3*(3), 190-199.

Michelson, S.E., Lee, J.K., Orsillo, S.M., şi Roemer, L. (2011). The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 28,* 358-366.

Miller, J.B., şi Stiver, I.P. (1997). *The healing connection: How women form*

relationships in therapy and in life. Boston: Beacon Press.

Miller, K. (2006). *Momma Zen: Walking the crooked path of motherhood.* Boston: Shambhala.

Miller, S., Duncan, B., şi Hubble, M. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice.* New York: Norton.

Mitra, R., Jadhav, S., McEwen, B.S., Vyas, A., şi Chattarji, S. (2005). Stress duration modulates the spatiotemporal patterns of spine formation in the basolateral amygdala. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102*(26), 9371-9376.

Molino, A. (coord.). (1998). *The couch and the tree.* New York: North Point Press.

Mongrain, M., Chin, J., şi Shapira, L. (2010). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies, 12,* 963-981.

Monteiro, L., Nuttal, S., şi Musten, F. (2010). Five skillful habits: An ethics-based mindfulness intervention. *Counseling and Spirituality, 29*(1), 91-104.

Moore, A., şi Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness, and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition, 18,* 176-186.

Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: An experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15*(4), 331-337.

Morgan, S.P. (2005). Depression: Turning toward life. În C.K. Germer, R.D. Siegel, și P.R. Fulton (coord.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 130-151). New York: Guilford Press.

Morina, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195,* 697-700.

Morita, S. (1998). *Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders: Shinkeishitsu.* Albany, NY: State University of New York Press. (Lucrarea originală publicată în 1928)

Morone, N.E., Rollman, B.L., Moore, C.G., Li, Q., și Weiner, D.K. (2009). A mind-body program for older adults with chronic low back pain: Results of a pilot study. *Pain Medicine, 10*(8), 1395-1407.

Morrison, I., Lloyd, D., DiPellegrino, G., și Roberts, N. (2008). Vicarious responses to pain in anterior cingulate cortex: Is empathy a multisensory issue? *Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience, 4*(2), 270-278.

Murphy, S. (2002). *One bird, one stone.* New York: Renaissance Books.

Murray, C., și Lopez, A. (1998). *The global burden of disease: A cornprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Boston: Harvard University Press.

Nader, K. (2006). Childhood trauma: The deeper wound. În J.P. Wilson (coord.), *The posttraumatic self: Restoring meaning and wholeness to personality* (pp. 117-156). London, UK: Routledge.

Najmi, S., și Wegner, D.M. (2008). Thought suppression and psychopathology. În A.J. Elliot (coord.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 447-459). New York: Psychology Press.

Nalanda Translation Committee. (2004). Morning liturgy for Mahayana students. În *Bodhisattva vow and practice* (pp. 6-7). Halifax, NS, Canada: Nalanda Translation Committee.

Nanamoli, B. (trad.) şi Bodhi, B. (coord.). (1995). Bhayabherava Sutta: Fear and dread. În *The middle length discourses of the Buddha* (pp. 102-107). Boston: Wisdom.

Napoli, M., Krech, P., şi Holley, L. (2005). Mindfulness training for elementary school students: The Attention Academy. *Journal of Applied School Psychology, 21*(1), 99-125.

Napthali, S. (2003). *Buddhism for mothers: A calm approach to caring for yourself and your children.* Crows Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.

Nargeot, R., şi Simmers, J. (2011). Neural mechanisms of operant conditioning and learning-induced behavioral plasticity in *Aplysia. Cellular and Molecular Life Sciences, 68*(5), 803-816.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2007). Mind-body medicine: An overview. Accesat pe 7 noiembrie 2012 la *http://nccam.nih.gov/health/meditation/overview.htm.*

National Center for PTSD, U.S. Department of Veteran Affairs. (2011). Mindfulness practice in the treatment of traumatic stress. Accesat la *www.ptsd.va.gov/public/pages/mindful-ptsd.asp.*

Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250.

Neff, K. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind.* New York: Morrow.

Neff, K.D. (2012). The science of self-compassion. În C.K. Germer şi R.D. Siegel (coord.). *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.

Neff, K.D., şi Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled

trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.

Neff, K., şi Germer, C. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Being kind to yourself: The science of self-compassion. În T. Singer şi M. Bolz (coord.), *Compassion: Bridging theory and practice.* Leipzig, Germany: Max-Planck Institut.

Neff, K., Kirkpatrick, K., şi Rude, S.S. (2007). Self-compassion and its link to

adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139-154.

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., şi Pfaff, H. (2011). Analyzing the „nature“ and „specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling, 74*, 339-346.

Nhat Hanh, Thich. (2011). *Planting seeds: Practicing mindfulness with children.* Berkeley, CA: Parallax Press.

Norcross, J.C. (coord.). (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy, 38*(4).

Norcross, J.C. (coord.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (a doua ediţie). New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C., şi Beutler, L. (1997). Determining the therapeutic relationship of choice in brief therapy. În J. Butcher (coord.), *Personality assessment in managed health care: A practitioner’s guide* (pp. 42-60). New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C., şi Lambert, M. (2011). Evidence-based therapy relationships. În J. C. Norcross (coord.), *Psychotherapy relationships that work* (a doua ediţie). New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C., şi Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships:

Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98-102.

Nyanaponika, T. *(1965). The heart of Buddhist meditation.* York Beach, ME: Red Wheel/Weiser.

Nyanaponika, T. (1972). *The power of mindfulness.* San Fransisco, CA: Unity Press.

Nyanaponika, T. (1998). *Abhidhamma studies.* Boston: Wisdom. (Lucrarea originală publicată în 1949)

Nye, N. (1995). Kindness. În *Words under the words* (pp. 42-43). Portland, OR: Eighth Mountain Press.

Ochsner, K.N., Bunge, S.A., Gross, J.J., şi Gabrieli, J.D. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience, 14*(8), 1215-1229.

Ogden, P., Minton, K., şi Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.* New York: Norton.

Olendzki, A. (trad.). (1998). Maha Niddesa 1.42. În *Upon the Tip of a Needle. Insight Journal.* Barre, MA: Barre Center for Buddhist Studies.

Olendzki, A. (2010). *Unlimiting mind: The radically experiential psychology of Buddhism.* Somerville, MA: Wisdom.

Olendzki, A. (2011). The construction of mindfulness. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 55-70.

Olendzki, A. (12 mai 2012). *Loving, kindness and compassion: What the Buddha*

discovered. Prezentare susţinută la conferinţa Meditation and Psychotherapy: Practicing Compassion for Self and Others de la Harvard Medical School, Cambridge, MA.

Ong, J.C., Shapiro, S.L., şi Manber, R. (2009). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: A naturalistic 12-month follow-

up. *Explore, 5*(1), 30-36.

O'Regan, B. (1985). Placebo: The hidden asset in healing. *Investigations: A Research Bulletin, 2*(1), 1-3.

Orlinsky, D., Ronnestad, M., şi Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. În M. Lambert (coord.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (a cincea ediție, pp. 307-390). New York: Wiley.

Orsillo, S.M., şi Batten, S. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification, 29*, 95-129.

Orsillo, S.M., şi Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from worry and reclaim your life.* New York: Guilford Press.

Pace, T., Negi, L., Adams, D., Cole, S., Sivilli, T., Brown, T., et al. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune, and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology, 34*(1), 87-98.

Padilla, A. (2011). Mindfulness in therapeutic presence: How mindfulness of therapist impacts treatment outcome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 71*(9-B), 5801.

Pagnoni, G., şi Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging, 28*(10), 1623-1627.

Pagnoni, G., Cekic, M., şi Guo, Y. (2008). „Thinking about not-thinking": Neural correlates of conceptual processing during Zen Meditation. *PLoS ONE 3*(9), e3083.

Paracelsus. (2012). Citat fără sursă accesat pe 23 noiembrie 2012 la *https://en.wikiquote.org/wiki/Paracelsus*.

Patsiopoulos, A., şi Buchanan, M. (2011). The practice of self-compassion in

counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(4), 301-307.

Patterson, G. (1977). *Living with children: New methods for parents and teachers.* Champaign, IL: Research Press.

Pauley, G., şi McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *83*, 129-143.

Pearlman, L.A., şi Courtois, C.A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18,*

449-459.

Pecukonis, E.V. (1996) Childhood sex abuse in women with chronic intractable back pain. *Social Work in Health Care, 23*(3), 1-16.

Pennebaker, J.W., Keicolt-Glaser, J.K., şi Glaser, R. (1988), Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 239-245.

Pepper, S. (1942). *World hypotheses.* Berkeley, CA: University of California Press.

Perlman, D.M., Salomons, T.V., Davidson, R.J., şi Lutz, A. (2010). Differential effects on pain intensity and unpleasantness of two meditation practices. *Emotion, 10*(1), 65-71.

Perls, F. (2012). *Fritz Perls: The founder of Gestalt therapy.* Accesat pe 23 septembrie 2012 la *www.fritzperls.com/autobiography.*

Peterson, C. (2007). Învăţământ la distanţă: *North of neutral 2: Applications in action.* Bethesda, MD: MentorCoach.

Peterson, C. (2008). Învăţământ la distanţă: *Positive psychology immersion master class: North of neutral.* Bethesda, MD: MentorCoach.

Peterson, C., şi Park, N. (2007). Attachment security and its benefits in context. *Psychological Inquiry, 18*(3), 172-176.

Peterson, C., şi Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A*

handbook and classification. American Psychological Association: Washington, DC.

Phillips, M.L., Drevets, W.C., Rauch, S.L., şi Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception. I: The neural basis of normal emotion perception. *Biological Psychiatry, 54*(5), 504-514.

Picavet, H.S., Vlaeyen, J.W., şi Schouten, J.S. (2002). Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology, 156,* 1028-1034.

Piet, J., şi Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032-1040.

Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M.S., şi Rosenberg, N.K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology, 51,* 403-410.

Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M., şi Grant, B.F. (2011). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research, 45,* 678-686.

Pinker, S. (13 ianuarie 2008). The moral instinct. *New York Times Magazine,* pp.

32-58.

Placone, P. (2011). *Mindful parent, happy child: A guide to raising joyful and*

resilient children. Palo Alto, CA: Alaya Press.

Pollak, S.M., Pedulla, T., şi Siegel, R.D. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). *Sitting together: Essential skills for mindfulness-based psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Pope, K., şi Vasquez, M. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide.* New Jersey: Wiley.

Porges, S.W. (2011a). *The polyvagal theory: Neuropbysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.* New York: Norton.

Porges, S.W. (2011b, iunie). *The polyvagal theory for treating trauma* [fişier multimedia]. [cu R. Buczynskil. [Transcriere]. Mansfield Center, CT: National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine. Disponibil la *www.stephenporges.com.*

Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., et al. (2007). Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism, 57*(7), 1134-1142.

Proust, M. (2008). *În căutarea timpului pierdut.* Bucureşti, România: Editura Leda. (Lucrarea originală publicată în 1925)

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Journal of Personality and Individual Differences, 48,* 757-761.

Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness, 2*(1), 33-36.

Rainville, J., Sobel, J., Hartigan, C., Monlux, G., şi Bean, J. (1997). Decreasing disability in chronic back pain through aggressive spine rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 34*(4), 383-393.

Ramel, W., Goldin, P.R., Carmona, P.E., şi McQuaid, J.R. (2004). The

effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research, 28,* 433-455.

Raque-Bogdan, R., Ericson, S., Jackson, J., Martin, H., şi Bryan, N. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Consulting Psychology, 58*(2), 272-278.

Reik, T. (1949). *Listening with the third ear.* New York: Farrar, Stauss.

Reis, D. (2007). Mindfulness meditation, emotion, and cognitive control: Experienced meditators show distinct brain and behaviour responses to emotional provocations. *Dissertation Abstracts International: Section B, 69*(6-B), 3869.

Reynolds, D. (2003). Mindful parenting: A group approach to enhancing reflective

capacity in parents and infants. *Journal of Child Psychotherapy, 29*(3), 357-374.

Ricard, M. (2010). The difference between empathy and compassion. *HuffPost Living.* Accesat pe 15 octombrie 2010 la *http://www.huffingtonpost.com/matthieu-ricard/could-compassion-meditati_b_751566.html.*

Richards, K., Campenni, C., şi Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling, 32*(3), 247-264.

Rimes, K. şi Winigrove, J. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Mindfulness-based cognitive therapy for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behavior therapy: A pilot randomized study. *Clinical Psychology and Psychotherapy.*

Robinson, M.E., şi Riley, J.L. (1999). The role of emotion in pain. În R.J. Gatchel şi D.C. Turk (coord.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 74-88). New York: Guilford Press.

Roemer, L., şi Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 38,* 72-85.

Roemer, L., şi Orsillo, S.M. (2009). *Mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies in practice.* New York: Guilford Press.

Roemer, L., Orsillo, S.M., şi Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an

acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1083-1089.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.

Rogers, C.R. (2008). *A deveni o persoană — Perspectiva unui psihoterapeut*, traducere de Anacaona Mîndrilă-Sonetto, Bucureşti, Editura Trei.

Rogers, C.R. (1980). A *way of being.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R., Gendlin, E., Kiesler, D., şi Truax, C. (coord.). *(1967). The therapeutic relationship and its impact.* Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Rogers, S. (2005). *Mindful parenting: Meditations, verses, and visualizations for a more joyful life.* Miami Beach, FL: Mindful Living Press.

Rosenberg, L. (1998). *Breath by breath: The liberating practice of insight meditation.* Boston: Shambhala.

Rosenthal, J.Z., Grosswald, S., Ross, R., şi Rosenthal, N. (2011). Effects of transcendental meditation in veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Military Medicine, 176*, 626-630.

Rosenthal, N. (2012). *Transcendence: Healing and transformation through*

Transcendental Meditation. New York: Tarcher.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.

Rosenzweig, S., Greeson, J.M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A., şi Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(1), 29-36.

Rosenzweig, S., Reibel, D., Greeson, J., Brainard, G., şi Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine, 15*, 88-92.

Rothbaum, B.O., şi Davis, M. (2003). Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1008*, 112-121.

Roy, D. (2007). *Momfulness; Mothering with mindfulness, compassion, and grace.* San Francisco, CA: Jossey Bass.

Rubia, K. (2009). The neurobiology of meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biological Psychiatry, 82*, 1-11.

Rude, S.S., Maestas, K.L., & Neff, K. (2007). Paying attention to distress: What's wrong with rumination. *Cognition and Emotion, 21*(4), 843-864.

Rumi, J. (1995). Childhood friends. În *The essential Rumi* (C. Barks, trad.). San

Francisco, CA: HarperCollins.

Ryan, A., Safran, J., Doran, J., şi Moran, C. (2012). Therapist mindfulness, alliance, and treatment outcome. *Psychotherapy Research, 23*(3), 289-297.

Ryan, R.M., şi Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology, 52,* 141-166.

Ryan, T. (2102). *A mindful nation: How a simple practice can help us reduce stress, improve performance, and recapture the American spirit.* Carlsbad,

CA: Hay House.

Safran, J.D. (coord.). (2003). *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue.* Somerville, MA: Wisdom.

Safran, J.D., Muran, J.C., și Eubacks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. În J.C. Norcross (coord.), *Psychotherapy relationships that work* (a doua ediție). New York: Oxford University Press.

Sakyong, J.T.D. (2012). *Enlightened society treatise.* Halifax, NS, Canada: Shambhala Media.

Sakyong, M.J.M. (2003). *Turning the mind into an ally.* New York: Riverhead Books.

Salam, A. (1990). *Unification of fundamental forces.* Cambridge, UK: Cambridge University Press. Accesat pe 23 noiembrie 2012 la

*https://en.wikiquote.org/wiki/Albert_Einstein#*On*_the_Generalized_Theory_o*

Salzberg, S. *(1995). Lovingkindness: The revolutionary art of happiness.* Boston: Shambhala.

Salzberg, S. (2002). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness* (a doua ediție). Boston: Shambhala.

Salzberg, S. (2011). *Real happiness: The power of meditation.* New York: Workman.

Sapolsky, R.M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (a treia ediție). New York: Henry Holt.

Sauer, S., și Baer, R.A. (2010). Mindfulness and decentering as mechanisms of change in mindfulness- and acceptance-based interventions. În R. Baer (coord.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients* (pp. 25-50). Oakland, CA: Context Press.

Schacht, T. (1991). Can psychotherapy education advance psychotherapy integration?: A view from the cognitive psychology of expertise. *Journal of*

Psychotherapy Integration, 1, 305-320.

Schanche, E., Stiles, T., McCollough, L., Swartberg, M., şi Nielsen, G. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 48*(3), 293-303.

Scheel, M.J., Hanson, W.E., şi Razzhavaikina, T. I. (2004). *The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance* (Faculty Publications, Eseul 372). Lincoln: Department of Psychology, University of Nebraska.

Schneider, K., şi Leitner, L. (2002). Humanistic psychotherapy. În M. Hersen şi W.H. Sledge (Editori), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. 1, pp. 949957). New York: Elsevier Science/Academic Press.

Schofferman, J., Anderson, D., Hines, R., Smith, G., şi Keane, G. (1993). Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain. *Clinical Journal of Pain, 9*(4), 260-265.

Schonstein, E., Kenny, D.T., Keating, J., şi Koes, B.W. (2003). Work conditioning, work hardening, and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Systematic Review, 1*, CD001822.

Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schottenbauer, M.A., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Tendick, V., şi Gray, S.H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry, 71,* 134-168.

Schur, E.A., Afari, N., Furberg, H., Olarte, M., Goldberg, J., Sullivan, P.F., et al.

(2007). Feeling bad in more ways than one: Comorbidity patterns of medically unexplained and psychiatric conditions. *Journal of General Internal Medicine, 22*(6), 818-821.

Schutze, R., Rees, C., Preece, M., şi Schutze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain, 148*(1), 120-127.

Schwartz, B., şi Sharpe, K. (2010). *Practical wisdom: The right way to do the right thing.* New York: Riverhead Books.

Schwartz, G.E. (1990). Psychobiology of repression and health: A systems approach. În J.L Singer, (coord.), *Repression and dissociation: Defense mechanisms and personality styles-current theory and research* (pp. 405-434). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Segal, Z.V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., et al. (2010). Antidepressant monotherapy vs. sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry, 67*(12), 1256-1264.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., şi Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., şi Teasdale, J.D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (a doua ediţie). New York: Guilford Press.

Segall, S.R. (2003). Psychotherapy practice as Buddhist practice. În S.R. Segall (coord.), *Encountering Buddhism: Western psychology and Buddhist teachings* (pp. 165-178). Albany, NY: State University of New York Press.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50*(12), 965-974.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment.* New York: Free Press.

Seligman, M.E.P. (2003). Teleclass teaching: *Vanguard authentic happiness teleclass.* Bethesda, MD: MentorCoach.

Seligman, M.E.P. (2004). VIA signature strengths survey. Accesat pe 29 octombrie 2012 la *www.authentichappiness.sas.upenn.edu/default.aspx.*
Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* New York: Free Press.

Seligman, M.E.P., şi Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., şi Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60,* 410-421.

Selye, H. (1956). *The stress of life.* New York: McGraw-Hill.

Semple, R.J. (2010). Does mindfulness meditation enhance attention?: A randomized controlled trial. *Mindfulness, 1*(2), 121-130.

Semple, R.J., Lee, J., Rosa, D., şi Miller, L.F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 218-229.

Sephton, S.E. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism, 57*(1), 77-85.

Shahrokh, N., şi Hales, R. (coord.). (2003). *American psychiatric glossary* (a opta ediţie). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Shankland, W.E. (2011). Factors that affect pain behavior. *Cranio: Journal of Craniomandibular Practice, 29*(2), 144-154.

Shantideva. (1979). *Bodhicaryavatara: A guide to the bodhisattva's way of life* (S. Bachelor, Trand.). Dharamshala, India: Library of Tibetan Works & Archives.

Shapira, L., şi Mongrain, L. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *Journal of*

Positive Psychology, 5(5), 377-389.

Shapiro, D.H. (1992). Adverse effects of meditation: A preliminary investigation of long-term meditators. *International Journal of Psychosomatics, 39,* 62-66.

Shapiro, D.H., și Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92,* 581-604.

Shapiro, S.L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), *555-560.*

Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R., și Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management, 12,* 164-176.

Shapiro, S.L., Brown, K.W., și Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115.

Shapiro, S.L., și Carlson, L.E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J., și Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373-386.

Shapiro, S.L., și Izett, S. (2008). Meditation: A universal tool for cultivating empathy. În S. Hick și T. Bien (coord.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*

(pp. 161-175). New York: Guilford Press.

Shapiro, S.L., Schwartz, G., și Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21,* 581-599.

Shay, J. (1995). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character.* New York: Touchstone.

Shoham-Salomon, V., şi Rosenthal, R. (1987). Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 22-28.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are.* New York: Guilford Press.

Siegel, D. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being.* New York: Norton.

Siegel, D. (2009a). Emotion as integration: A possible answer to the question, What is emotion? În D. Fosha şi D. Siegel (coord.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice* (pp. 145-171). New York: Norton.

Siegel, D. (2009b). Mindful awareness, mindsight, and neural integration. *The Humanistic Psychologist, 37,* 137-158.

Siegel, D. (2010a). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural*

integration. New York: Norton.

Siegel, D. (2010c). *Mindsight: The new science of personal transformation.* New York: Bantam.

Siegel, R.D. (2010b). *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems.* New York: Guilford Press.

Siegel, R.D. (Septembrie/Octombrie 2011). East meets west. *Psychotherapy Networker, 36*(5), 26.

Siegel, R.D. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Mindfulness in the treatment of trauma-related chronic pain. În V. Follette, D. Rozelle, J. Hopper, D. Rome, şi J. Briere (Editori), *Contemplative methods in trauma treatment: Integrating mindfulness and other approaches. New* York: Guilford Press.

Siegel, R.D., şi Germer, C.K. (2012). Wisdom and compassion: Two wings of a bird. În C.K. Germer şi R.D. Siegel (coord.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 7-34). New York: Guilford Press.

Siegel, R.D., Urdang, M.H., şi Johnson, D.R. (2001). *Back sense: A revolutionary approach to halting the cycle of back pain.* New York: Broadway Books.

Siev, J., Huppert, J., şi Chambless, D. (2009). The dodo bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *The Behavior Therapist, 32,* 69-75.

Silverstein, R.G., Brown, A.C., Roth, H.D., şi Britton, W.B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: Implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine, 73*(9), 817-825.

Singer, T., şi Decety, J. (2011). Social neuroscience of empathy. În J. Decety şi J.T. Cacioppo (coord.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (pp. 551-564). New York: Oxford University Press.

Singer, T., şi Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156,* 81-96.

Singer, W. (noiembrie 2005). *Synchronization of brain rhythms as a possible mechanism for the unification of distributed mental processes.* Eseu prezentat la conferinţa The Science and Clinical Applications of Meditation de la Mind and Life Institute, Washington, DC.

Singer-Kaplan, H. (1974). *New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions.* New York: Crown.

Singh, N.N., Singh, A.N., Lancioni, G.E., Singh, J., Winton, A.S.W., şi Adkins, A.D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases children's compliance. *Journal of Child and Family Studies, 19,* 157-166.

Singh, N.N., Wahler, R., Adkins, A.D., şi Myers, R. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with

mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities, 24*(3), 158-169.

Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism.* New York: Knopf.

Slagter, H., Lutz, A., Greischar, L., Francis, A., Nieuwenhuis, S., Davis, J., et al. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biology, 5,* e138.

Smith, J.C. (1975). Meditation as psychotherapy: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 82*(4), *558-564.*

Smith, J.C. (2004). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats. *Psychosomatic Medicine, 66*, 148-152.

Smith, M.T., şi Neubauer, D.N. (2003). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia. *Clinical Cornerstone, 5*(3), 28-40.

Snyder, C.R., Lopez, S.J., şi Pedrotti, J.T. (2011). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths* (a doua ediţie). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sprang, G., şi Clark, J. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma, 12,* 259-280.

Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., şi Carnes, M. (2007). Long-term physical and

mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse and Neglect, 31*(5), 517-530.

Stahl, B., şi Goldstein, E. (2010). *A mindfulness-based stress reduction*

workbook. Oakland, CA: New Harbinger.

Stanley, S., Reitzel, L.R., Wingate, L.R., Cukrowicz, K.C., Lima, E.N., şi Joiner, T.E. (2006). Mindfulness: A primrose path for therapists using manualized treatments? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *20,* 327-335.

Steger, M.F., Kashdan, T.B., şi Oishi, S. (2008). Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality*, *42,* 22-42.

Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, *24,* 102-106.

Stein, G. (1993). Sacred Emily. În G. Stein, *Geography and plays.* Madison, WI: University of Wisconsin Press. (Lucrarea originală publicată în 1922)

Stern, D. (2003). The present moment. *Psychology Networker, 27*(6), 52-57.

Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life.* New York: Norton.

Stiles, W. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16,* 86-91.

Stratton, P. (2006). Therapist mindfulness as a predictor of client outcomes. *Dissertation Abstracts International: Section B: Science and Engineering, 66,* 6296.

Strosahl, K.D., şi Robinson, P. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression.* Oakland, CA: New Harbinger.

Surrey, J., şi Jordan, J.V. (2012). The wisdom of connection. În C.K. Germer şi R.D. Siegel (coord.), *Wisdom and compassion in psychotherapy* (pp. 163-175). New York: Guilford Press.

Sussman, R., şi Cloninger, C. (coord.). (2011). *Origins of altruism and*

cooperation. New York: Springer.

Suzuki, S. (2015). *Mintea Zen, mintea începătorului,* traducere de Marilena Constantinescu, București, Editura Herald.

Sweet, M., și Johnson, C. (1990). Enhancing empathy: The interpersonal implications of a Buddhist meditation technique. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(1), 19-29.

Szasz, T. (2004). *Words to the wise.* New Brunswick, NJ: Transaction.

Tacon, A.M., McComb, J., Caldera, Y., și Randolph, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: A pilot study. *Family and Community*

Health, 26(1), 25-33.

Tang, Y.Y., Lu, Q., Fan, M., Yang, Y., și Posner, M.I. (2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109,* 10570-10574.

Tang, Y.Y., Lu, Q., Geng, X., Stein, E.A., Yang, Y., și Posner, M.I. (2010). Short-term meditation induces white matter changes in the anterior cingulate. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 107,* 15649-15652.

Tang, Y.Y., Ma, Y., Fan, Y., Feng, H., Wang, J., Feng, S., et al. (2009). Central and autonomic nervous system interaction is altered by short-term meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106,* 8865-8870.

Tang, Y.Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 104,* 17152-17156.

Tang, Y.Y., și Posner, M.I. (2010). Attention training and attention state training. *Trends in Cognitive Sciences, 13*(5), 222-227.

Taylor, D.J., și Roane, B.M. (2010). Treatment of insomnia in adults and

children: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology, 66*(11), 1137-1147.

Taylor, V.A., Daneault, V., Grant, J., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., et al.

(2013). Impact of meditation training on the default mode network during a restful state. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 8*(1), 1-3.

Taylor, V.A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., et al. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *NeuroImage, 57*(4), 1524-1533.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., și Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 157-160.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., și Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 615-623.

Thomas, L. (1995). *The lives of a cell: Notes of a biology watcher.* New York: Penguin.

Thompson, B.L., și Waltz, J. (2007). Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Personality and Individual Differences, 43,* 1875-1885.

Thompson, M., și McCracken, L.M. (2011). Acceptance and related processes in adjustment to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports, 15*(2), 144-151.

Thompson, N., și Walsh, M. (2010). The existential basis of trauma. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the*

Community, 24, 377-389.

Thomson, R. (2000). Zazen and psychotherapeutic presence. *American Journal of Psychotherapy, 54*(4), 531-548.

Thoreau, H. (2012). *Walden, or life in the woods.* CreateSpace.com: CreateSpace Independent Publishing Platform. (Lucrarea originală publicată în 1854)

Tirch, D. (2011). *The compassionate mind guide to overcoming anxiety.* London, UK: Constable.

Tonelli, M.E., şi Wachholtz, A.B. (2012). Meditation-based treatement yielding immediate relief of meditation-naïve migraineurs. *Pain Management Nursing, 49*(9), 1155-1164.

Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 31,* 617-625.

Treat, T.A., Kruschke, J.K., Viken, R.J., şi McFall, R.M. (2011). Application of associative learning paradigms to clinically relevant individual differences in cognitive processing. În T. R. Schachtman şi S. Reilly (coord.), *Associative learning and conditioning theory: Human and non-human applications* (pp. 376-398). New York: Oxford University Press

Tremlow, S. (2001). Training psychotherapists in attributes of mind from Zen and psychoanalytic perspectives, Part II: Attention, here and now, non-attachment, and

compassion. *American Journal of Psychotherapy, 55*(1), 22-39.

Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*(2), 112-119.

Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children.* New York: Norton.

Trungpa, C. (1984). *Shambhala: The sacred path of the warrior.* Boston:

Shambhala.

Tryon, G.S., și Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. În J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (a doua ediție). New York: Oxford University Press.

Tugrade, M.M., și Fredrickson, B.L. (2012). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320-333.

Tullberg, T., Grane, P., și Isacson, J. (1994). Gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging of 36 patients one year after lumbar disc resection. *Spine, 19*(2), 176-182.

Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 705-716.

Unno, M. (2006). *Buddhism and psychotherapy across cultures: Essays on theories and practices.* Somerville, MA: Wisdom.

Valentine, E., și Sweet, P. (1999) Meditation and attention: A comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion, and Culture, 2*(1), 59-70.

Van Dam, T., Sheppard, S., Forsyth, J., și Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25,* 123-130.

van den Hurk, P., Giommi, F., Gielen, S., Speckens, A., și Barendregt, H. (2010). Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *Quarterly Journal of Experimental Psychology B (Colchester), 63,* 1168-1180.

van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., &

Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry, 153* (Supliment), 83-93.

van der Oord, S., Bogels, S., şi Pejnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Families Studies, 21*(1), 139-147.

Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M., şi Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and

meta-analysis. *Pain, 152*(3), 533-542.

Vestergaard-Poulsen, P., van Beek, M., Skewes, J., Bjarkam, C.R., Stubberup, M., Bertelsen, J., et al. (2009). Long-term meditation is associated with increased gray matter density in the brain stem. *NeuroReport, 20*(2), 170-174.

Vianello, M., Galliani, E.M., şi Haidt, J. (2010). Elevation at work: The effects of leaders' moral excellence. *Journal of Positive Psychology, 5*(5), 390-441.

Vinca, M., şi Hayes, J. (iunie 2007). *Therapist mindfulness as predictive of empathy, presence, and session depth.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Madison, WI.

Vlaeyen, J.W., şi Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain, 85*(3), 317-332.

Volinn, E. (1997). The epidemiology of low back pain in the rest of the world. A review of surveys in low middle income countries. *Spine, 22*, 1747-1754.

Vøllestad, J., Nielsen, M., şi Nielsen, G. (2011). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(3), 239-260.

Vujanovic, A.A., Niles, B.L., Pietrefesa, A., Schmertz, S.K., şi Potter, C.M. (2011). Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans. *Professional Psychology*, *42*, 24-31.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., şi Somerville, D. (1993) A fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fearavoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain, 52*(2), 157-168.

Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 179-191.

Wagner, A.W., şi Linehan, M.M. (2006). Applications of dialectical behavior therapy to posttraumatic stress disorder and related problems. În V.M. Follette şi J.I. Ruzek (coord.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (a doua ediţie, pp. 117-145). New York: Guilford Press.

Wallace, B.A. (2007). *Contemplative science.* New York: Columbia University Press.

Wallace, B.A. (2012, toamna). Popping pills for depression: A Buddhist view. *Inquiring Mind, 29.* Accesat la *www.inquiringmind.com/Articles/PoppingPills.html.*

Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Walser, R., şi Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems:* A *practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies.* Oakland, CA: New Harbinger.

Walsh, R., şi Shapiro, S. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist, 61*(3), 227-239.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wampold, B. (2012). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory*

and practice. Washington, DC: American Psychological Association.

Wampold, B., Imel, Z., şi Miller, S. (2009). Barriers to the dissemination of empirically supported treatments: Matching messages to the evidence. *The Behavioral Therapist, 32,* 144-155.

Wang, P., şi Gao, F. (2010). Mindful communication to address burnout, empathy, and attitudes. *Journal of the American Medical Association, 303*(4), 330-331.

Warkentin, J. (1972). The paradox of being alive and intimate. În A. Burton (coord.), *Twelve therapists.* San Francisco: Jossey-Bass.

Warnecke, E., Quinn, S., Ogden, K., Towle, N., şi Nelson, M. (2011). A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. *Medical Education, 45*(4), 381-388.

Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6,* 86-95.

Welwood, J. (2000). *Toward a psychology of awakening.* Boston: Shambhala.

West, W. (2002). Some ethical dilemmas in counseling and counseling research. *British Journal of Guidance and Counseling, 30,* 261-268.

Westen, D. *(1999). Psychology: Mind, brain and culture* (a doua ediţie). New York: Wiley.

Wilkinson, M. (2010). *Changing minds in therapy: Emotion, attachment, trauma, and neurobiology.* New York: Norton.

Willard, C. (2010). *Child's mind: Mindfulness practices to help our children be more focused, calm, and relaxed.* Berleley, CA: Parallax Press.

Williams, J.M.G., şi Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 1-18.

Williams, J.M.G., şi Swales, M. (2004). The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Archives of Suicide Research, 8,* 315-329.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., şi Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness.* New York: Guilford Press.

Wilson, K.G., şi Dufrene, T. (2011). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy.* Oakland, CA: New Harbinger.

Wilson, K.G., şi Murrell, A.R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy. În S.C. Hayes, V.M . Follette, şi M.M. Linehan (coord.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York:

Guilford Press.

Winnicott, D.W. (2004). *Procesele de maturizare*, trad. de Cătălin Popescu, Bucureşti, Editura Trei.

Winnicott, D.W. (2006). *Joc şi realitate,* trad. de Ioana Lazăr, Bucureşti, Editura Trei.

Witkiewitz, K., şi Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 362-374.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., şi Hsu, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors, 38*(2), 1563-1571.

Wolever, R. Bobinet, K., McCabe, K., Mackenzie, E., Fekete, E., Kusnick, C., et al. (2012). Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized, controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology, 17*(2), 246-258.

Wong, S.Y., Chan, F.W., Wong, R.L., Chu, M.C., Kitty Lam, Y.Y., Mercer,

S.W., et al. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: A randomized comparative trial. *Clinical Journal of Pain, 27*(8), 724-734.

Wright, I., Rabe-Hesketh, S., Woodruff, P., David, A., Murray, R., şi Bullmore, E. (2000). Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *American*

Journal of Psychiatry, 157(1), 16-25.

Yaari, A., Eisenberg, E., Adler, R., şi Birkhan, J. (1999). Chronic pain in Holocaust survivors. *Journal of Pain and Symptom Management, 17*(3), 181-187.

Yehuda, R. (coord.). (1998). *Psychological trauma.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Yoga for anxiety and depression. (2009). *Harvard Health Publications.* Accesat pe 9 mai 2011 la *www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Mental_Health_Letter/2009/A for-anxiety-and-depression.*

Yontef, G. (1993). *Awareness, dialogue, and process: Essays on Gestalt therapy.* Highland, NY: Gestalt Journal Press.

Yook, K., Lee, S.H., Ryu, M., Kim, K.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., et al. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(6), 501-503.

Zangi, H.A., Mowinckel, P., Finset, A., Eriksson, L.R., Hoystad, T.O., Lunde, A.K., et al. (2012). A mindfulness-based group intervention to reduce psychological distress and fatigue in patients with inflammatory rheumatic joint diseases: A randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases, 71*(6), 911-917.

Zeidan, F., Gordon, N.S., Merchant, J., şi Goolkasian, P. (2010). The effects of brief

mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *Journal of Pain, 11*(3), 199-209.

Zernicke, K., Campbell, T., Blustein, P., Fung, T., Johnson, J., Bacon, S., et al. (în curs de apariţie la data ediţiei în engleză). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: A randomized wait-list controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine.*

Zetzel, E. (1970). *The capacity for emotionalgrowth.* New York: International Universities Press.

Despre editori

Christopher K. Germer, PhD, psiholog clinician cu practică privată, se specializează în psihoterapie orientată spre mindfulness și compasiune, este sub-asistent universitar la catedra de psihologie a Facultăţii de Medicină Harvard/Alianţa pentru Sănătate Cambridge și membru academic fondator al Institutului pentru Meditație și Psihoterapie (IMP). El integrează principiile și practicile meditației în psihoterapie din 1978. Dr. Germer este coautor al programului de training Mindful Self-Compassion, autor al *The Mindful Path to Self-Compassion* și coeditor al *Wisdom and Compassion in Psychotherapy*. Organizează ateliere și ține prelegeri internaționale despre mindfulness și autocompasiune.

Ronald D. Siegel, PsyD, este profesor asistent de psihologie la Facultatea de Medicină Harvard/Alianţa pentru Sănătate Cambridge, unde a predat vreme de peste 30 de ani. Studiază de multă vreme domeniul meditației cu mindfulness și face parte din consiliul director și academic al IMP. Dr. Siegel predă pe plan internațional despre mindfulness și psihoterapie și tratamentul minte-trup, având în acest timp și un cabinet privat în Lincoln, Massachusetts. Printre lucrările sale se numără *The Mindfulness Solution* (*Soluția cu mindfulness*), *Wisdom and Compassion*

in Psychoterapy și *Sitting Together: Essential Skills for Mindfulness-Based Psychoterapy.*

Paul R. Fulton, EdD, este psiholog clinician cu practică privată în Newton, Massachusetts, și sub-asistent la catedra de psihologie a Facultăţii de Medicină Harvard/Alianţa pentru Sănătate Cambridge. A fost președinte al IMP și este, în prezent, directorul Programului de Certificare în Mindfulness și Psihoterapie. Dr. Fulton a fost inițiat în ritualul budist zen în 1972, a studiat psihologie și meditație vreme de peste 44 de ani, este membru al comitetului director al Centrului Barre pentru Studii Budiste și predă internațional. El îi învață pe terapeuții clinicieni din toată lumea despre mindfulness și este autorul a numeroase capitole de cărți și articole.

Colaboratori

Judson A. Brewer, MD, PhD, este un psihiatru specializat în dependenţe de la Facultatea de Medicină Yale şi Spitalul de Veterani New Haven. Practică meditaţia perceptivă din1996, studiind alături de Ginny Morgan şi Joseph Goldstein, printre alţi profesori. Dr. Brewer a studiat şi format pentru mindfulness populaţii clinice începând cu anul 2006, punând accentul pe persoanele suferind de dependenţe. Cercetările sale se concentrează asupra testării eficienţei exerciţiilor de mindfulness asupra populaţiilor clinice cu dependenţe şi determinării mecanismelor neurobiologice subiacente ale mindfulness, folosind metode precum neuroimagistica. Doctorul Brewer este în prezent profesor asistent la Yale şi director medical la Centrul Terapeutic pentru Neuroştiinţă Yale.

John Briere, PhD, este profesor asociat de psihiatrie şi psihologie, director al Programului pentru Traume Psihologice şi directorul Centrului de Formare pentru Traume ale Adolescenţilor (Reţeaua Naţională pentru Stres Traumatic la Copii) la Universitatea South Carolina. Fost preşedinte al Societăţii Internaţionale pentru Studii despre Stress Traumatic (SISST), a primit Premiul pentru Contribuţii Excepţionale în domeniul Ştiinţei Psihologiei Traumelor din partea Asociaţiei Psihologice

Americane şi Premiul Memorial Robert S. Laufer pentru Rezultate Ştiinţifice al SISST. Doctorul Briere este autor şi coautor a peste 100 de articole şi capitole, 10 cărţi şi 8 teste psihologice privind traumele. Predă pe plan internaţional subiecte privind trauma, terapia şi practicile mindfulness.

Paul R. Fulton, EdD (vezi „Despre editori")

Christopher K. Germer, PhD (vezi „Despre editori")

Trudy A. Goodman, PhD, este director executiv, fondator şi profesor îndrumător la InsightLA, o organizaţie nonprofit pentru educaţie în domeniul mindfulness şi exerciţii de meditaţie din 2002. Este unul dintre primii antrenori în domeniul reducerii stresului bazate pe mindfulness, alături de creatorul metodei, doctorul Jon Kabat-Zinn. Doctorul Goodman este, de asemenea, profesor îndrumător şi cofondator al Institutului pentru Meditaţie

şi Psihoterapie (IMP) din Cambridge, Massachusetts. A creat programe de mindfulness pentru familii alături de Susan Kaiser Greenland şi a lucrat toată viaţa cu copiii. Doctorul Goodman ţine lecţii la conferinţe şi ateliere la nivel naţional. Este unul dintre autorii care au contribuit la *Clinical Handbook of Mindfulness* (*Ghid clinic de mindfulness*) şi la *Wisdom and Compassion in Psychoterapy.*

Gregory Kramer, PhD, este profesor de meditaţie, autor şi cofondator şi profesor îndrumător al Metta Foundation. Începând din 1974, a studiat alături de asceţi respectaţi, printre care Anagarika Dhammadina, Ven. Balangoda Ananda Maitreya Mahanayaka Thera, Achan Sobin Namtoşi Ven. Punnaji Mahatera. Doctorul Kramer este autorul *Insight Dialogue: The Interpersonal Path to Freedom* (*Dialogul Înţelegerii Profunde: Calea interpersonală spre libertate*), *Meditating Together, Speaking From Silence: The Practice of Insight Dialogue* (*Să medităm împreună, vorbind din liniște: practica dialogului înţelegerii profunde*); *Seeding the Heart: Practicing Lovingkindness with Children* (*Însămânţarea inimii: să practicăm bunătatea iubitoare cu copiii*) şi *Dharma Contemplation: Meditating Together with Wisdom Texts* (*Contemplarea dharma: să medităm împreună cu texte înţelepte*). Este un pionier al meditaţiei şi al exerciţiilor de contemplare online şi este cofondator al Harvest with Heart (Recoltează cu inima), un proiect dedicat foametei din Statele Unite din nord-est, precum şi al Forumului Oraşului Spiritual, un program de dialog interconfesional din Portland, Oregon.

Sara W. Lazar, PhD, este om de ştiinţă în cadrul Secţiei de Psihiatrie a Spitalului General Massachusetts General Hospital şi instructor de psihologie la Facultatea de Medicină Harvard. Cercetările ei se concentrează asupra neurobiologiei

meditaţiei. Dr. Lazar foloseşte imagistica prin rezonanţă magnetică pentru a investiga corelaţiile neurale ale schimbărilor benefice asociate practicării meditaţiei, atât la nivelul indivizilor sănătoşi, cât şi al populaţiilor clinice. Practică yoga şi meditaţia cu mindfulness din 1994 şi serveşte pe post de consilier în ştiinţă pentru IMP.

Stephanie P. Morgan, PhD, MSW, este psiholog clinician şi asistent social. A fost elevă în meditaţie vipassana şi tradiţii zen în ultimii 35 de ani.

Doctorița Morgan a fost instructor în psihologie la Facultatea de Medicină Harvard din 1990 în 1994, unde a pregătit internii la psihologie în domeniul mindfulness și al abilităților de autoîngrijire. În prezent, este în comitetul IMP și practică privat în Manchester, Massachusetts.

Susan T. Morgan, MSN, RN, CS, este asistent medical specialist în psihiatrie, cu practică privată din Cambridge, Massachusetts. A fost coordonatoarea Clincii Yale de Cercetare privind Tulburările de Dezvoltare Generalizate la Adulți vreme de 5 ani. După această poziție, a fost psiholog clinician la Serviciile de Sănătate din cadrul Universității Harvard și a introdus meditația cu mindfulness studenților de la colegiu în contextul psihoterapiei. Doamna Morgan practică meditația budistă de 20 de ani și, în prezent, finalizează un stagiu de 4 ani de meditație tăcută. Începând

cu anul 2000, a participat la conducerea unor programe de pregătire destinate psihoterapeuților, cu accentul pe bunătatea iubitoare și conștientizarea corpului.

William D. Morgan, PsyD, este un psiholog clinician cu practică privată în Cambridge și Quincy, Massachusetts. Este membru în comitetul de conducere al IMP și a luat parte la numeroși ani de programe de pregătire intensive pentru școlile de budism Theravada, Zen și tibetan în cei 40 de ani de practicare a meditației. Doctorul Morgan a condus programe de pregătire în mindfulness pentru profesioniștii din domeniul sănătății mentale în ultimii 15 ani.

Andrew Olendzki, PhD, este academician senior la Centrul Barre pentru Studii Budiste, o instituție dedicată integrării înțelegerii academice în perspectivei meditative. A predat la mai multe colegii din New England (inclusiv Harvard, Brandeis, Smith, Amherst și Lesley) și a fost director executiv al Societății pentru Meditație cu Înțelegere Profundă. Doctorul Olendzki este autorul *Unlimiting Mind: the Radical Experiental Psychology of Buddhism* (*Nelimitarea minții: psihologia existențială radicală a budismului*) și colaborator frecvent al revistei *Tricycle.*

Susan M. Orsillo, PhD, este profesor de psihologie la Universitatea Suffolk din Boston. Cercetările sale actuale se concentrează asupra rolului stilurilor de

răspuns emoțional, mai ales evitării experienței, în privința posibilității de a menține dificultățile psihologice. Alături de doctoranzii ei în psihologie clinică, dr. Orsillo a dezvoltat și a testat o serie de programe de prevenire și de tratament care integrează acceptarea și mindfulness și abordările comportamentale bazate pe dovezi. Alături de dr. Lizabeth Roemer, a studiat efectele unei terapii comportamentale bazate pe acceptare pentru tulburarea de anxietate generalizată și afecțiuni comorbide, mecanism și procese ale schimbării și aplicabilitatea în cazul clienților provenind din medii diverse, cu sprijinul unor burse acordate de Institutul Național de Sănătate Mentală.

Thomas Pedulla, LICSW, este asistent social clinician și psihoterapeut cu practică privată în Arlington, Massachusetts, unde lucrează cu oamenii și conduce, de asemenea, grupuri de terapie bazate pe mindfulness. Înainte ca interesul crescând pentru meditația cu mindfulness să îl facă să își schimbe cariera, a lucrat vreme de peste două decenii în posturi de copywriter publicitar și director de creație. Academician și membru în conducerea IMP, dl. Pedulla a făcut parte și din conducerea Institutului Cambridge pentru Meditație cu Înțelegere Profundă. A fost practicant de meditație în tradiția vipassana vreme de peste 25 de ani. Este coautorul *Sitting Together: Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy.*

Susan M. Pollak, EdD, este președintele IMP și psiholog cu practică privată în Cambridge, Massachusetts. Este instructor clinic în psihologie la Alianța pentru Sănătate Cambridge/Facultatea de Medicină Harvard, unde predă un curs despre meditație și psihoterapie din 1994. Dr. Pollak este coautoare a *Sitting Together: Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy*, coeditor al *The Cultural Transition* (*Tranziția culturală*) și autor colaborator al *Mapping the Moral Domain* (*Cartografierea domeniului moral*) și al *Evocative Objects* (*Obiecte evocative*).

Lizabeth Roemer, PhD, este profesor de psihologie la Universitatea Massachusetts, Boston. Alături de doctoranzii ei în psihologie clinică, cercetările sale privesc rolul mindfulness, acceptării și acțiunii de valoare într-o serie de prezentări clinice, inclusiv tulburări de anxietate, funcționare posttraumatică și reacțiile la experiențele rasiste. Alături de dr. Susan Orsillo, a studiat eficiența terapiei comportamentale bazate pe acceptare pentru tulburarea de anxietate generalizată și afecțiuni comorbide, mecanisme și

procese ale schimbării şi aplicabilitatea în cazul clienţilor provenind din medii diverse, cu sprijinul unor burse acordate de Institutul Naţional de Sănătate Mentală.

Ronald D. Siegel, PsyD (vezi „Despre editori")

Charles W. Styron, PsyD, este un psiholog clinician cu practică privată în Watertown şi Walpole, Massachusetts şi, de asemenea, psiholog consultant pentru Spitalul Caritas Norwood din Norwood, Massachusetts. Se specializează în psihoterapie individuală pentru adulţi şi testare neuropsihosocială. Dr. Styron este practicant şi profesor în tradiţiile budiste Shambala şi Vajrayana tibetană de 34 de ani şi academician şi membru al conducerii IMP de la început. A fost anterior arhitect.

Janet L. Surrey, PhD, este psiholog clinician şi academician fondator al Institutului de Pregătire Jean Baker Miller din cadrul Stone Center, Colegiul Wellesley. A făcut parte dintre academicienii Facultăţii de Medicină Harvard vreme de 25 de ani şi, în prezent, face parte dintre academicienii şi membrii conducerii IMP. Este absolventă a Programului Dharma pentru Lideri al Centrului de Meditaţie Spirit Rock şi este actualmente inclusă în Programul de formare pentru profesori ai al Meta Foundation. Dr. Surrey a oferit consultanţă şi a predat teoria relaţional-culturală pe plan naţional şi internaţional vreme de peste 20 de ani şi a lucrat pentru a sintetiza psihologia budistă şi relaţională. Printre lucrările ei se numără *Women's Growth In Connection* (*Dezvoltarea femeilor în legătură*), *Women's Growth In Diversity* (*Dezvoltarea femeilor în diversitate*), *Mothering Against the Odds: Diverse Voices of Contemporary Mothers* (*Mamă în ciuda piedicilor: voci diverse ale mamelor*

contemporane)*; We have to Talk: Healing Dialogues Between Women and Men* (*Trebuie să vorbim: dialoguri vindecătoare între femei şi bărbaţi*) şi *Bill W. And Dr. Bob: The Story of the Founding of Alcoholics Anonymous* (*Bill W. şi Doctorul Bob: Povestea înfiinţării Alcoolicilor Anonimi*).

*Index**

[24]

A

abordări ale depresiei inspirate de mindfulness 247

abţinerea de la vorbirea frivolă 200

acceptare 7, 23, 24, 25, 49, 50, 51, 55, 59, 65, 77, 94, 111, 115, 116, 142, 146, 179, 180, 182, 205, 215, 227, 242, 243, 249, 252, 263, 264, 270, 271, 272, 273, 274, 278, 314, 318, 326, 328, 338, 341, 346, 352, 354, 375, 381, 391, 526, 573, 574

acceptarea durerii 6, 294

acţiune morală 190

activitatea creierului în timpul meditaţiei 448

activitate fizică 315, 320

adaptarea abordării la individ 255

a da şi a primi meditaţie 155

adolescenţi 59, 401, 403, 480, 501

a evita în loc de a aborda 277

a exersa 285

a face ceea ce contează 289

a face greşeli 193

a fi atent 109, 434

a fi martor 210

agățare 363, 428, 429

agresivitate 339

a învăța

să nu știi 126

să vezi 120

alianță terapeutică 18, 107, 116

alinarea suferinței psihologice 69

amigdala 456, 457, 460, 461

amintiri 77, 92, 250, 275, 342, 345, 346, 347, 356, 363, 434, 447

anatta 53, 85, 487

anicca 53, 486

antrenarea empatiei 117

antrenarea forței, flexibilității și rezistenței 313

anxietate 9, 17, 18, 24, 30, 48, 58, 71, 109, 110, 125, 137, 168, 204, 205, 210, 222, 223, 228, 229, 232, 236, 237, 257, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 285, 287, 289, 290, 292, 293, 303, 307, 308, 311, 322, 323, 334, 336, 339, 343, 345, 346, 349, 378, 453, 469, 472, 473, 573, 574

a observa 283

apariția încrederii 181, 182

armonizare 107, 355, 356, 384

ascultare 182, 228

aspecte etice legate de pacienți 204

atenție 5, 20, 21, 23, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 49, 57, 64, 77, 80, 83, 96, 97, 104, 107, 109, 110, 111, 115, 126, 130, 131, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 144, 163, 173, 182, 189, 191, 194, 197, 198, 202, 205, 221, 223, 226, 231, 239, 250, 257, 258, 261, 276, 280, 287, 297, 311, 324, 326, 328, 339, 341, 355, 357, 370, 375, 376, 381, 384, 386, 395, 409, 418, 423, 434, 437, 440, 441, 447, 449, 450, 451, 462, 485, 492, 493

concentrată 38

autenticitate 55, 159, 168, 169, 183, 199

autoacceptare 24, 116, 241, 243, 252, 376

autocompasiune 43, 44, 57, 97, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 244, 252, 265, 285, 376

autocritică 115, 146, 227, 262

aversiune 271, 424, 437, 439, 443, 487, 496

B

bani și echitate 194

beneficiile aplicării preceptelor 203

biofeedback 62

bucurie 20, 128, 138, 175, 442, 471, 494, 496

Buddha 10, 28, 34, 35, 37, 60, 70, 99, 164, 183, 309, 322, 348, 349, 350, 362, 373, 379, 431, 432, 471, 485, 489, 497, 502, 503, 525, 527, 534, 543, 545

budism 33, 351, 490, 572

bunătate 23, 42, 43, 44, 117, 145, 150, 153, 156, 157, 227, 237, 238, 239, 260, 322, 334, 343, 376, 388, 403, 408, 444, 448, 465, 494

bunătate iubitoare 23, 42, 43, 44, 117, 150, 153, 157, 237, 238, 260, 322, 343, 376, 408, 448, 494

şi compasiunea 42

C

calea Bodhisattva 6, 465, 478, 543

calea Mahayana 476, 479, 543

calea nobilă a celor opt braţe 490

calmul şi limitele neajutorării 118

cancer 374, 527

captarea puterii mindfulness 241

căldură 42, 43, 44, 150, 153, 156, 182, 200, 229, 390, 408

cei şapte factori ai trezirii 101, 136, 495

cei trei piloni ai psihologiei pozitive 467

cele patru adevăruri nobile 489

cele patru calităţi nelimitate ale inimii 494

cele patru fundamente ale mindfulness-ului 492

cele trei rădăcini complete 488

cele trei tipuri de a simţi 488

centrul roţii 234

cercetare 8, 32, 51, 66, 159, 162, 188, 221, 305, 322, 379, 436, 454

certificările terapeutului 219

ciclu al durerii 324

ciclul durerii cronice de spate 301

cinci agregate 439

cinci obstacole 439

clarificarea valorilor 57

în cadrul relațiilor 290

claritate 20, 96, 230, 403, 445

clientul supraviețuitor al unei traume 357

coexplorarea cu mindfulness 249

compasiune 10, 18, 23, 27, 28, 29, 43, 46, 50, 55, 59, 62, 65, 86, 88, 90, 96, 118, 130, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 156, 157, 163, 167, 171, 179, 180, 183, 196, 211, 217, 225, 229, 236, 244, 252, 253, 270, 278, 281, 286, 287, 354, 356, 357, 381, 382, 383, 386, 391, 392, 393, 394, 403, 404, 446, 453, 456, 494, 567

competență privind sexualitatea 196

comportament 17, 24, 69, 71, 77, 85, 122, 187, 188, 189, 191, 211, 306, 353, 354, 360, 369, 387, 392, 404, 443, 446, 447, 477, 491

suicidal 564

dăunător 209

concentrare 21, 25, 31, 38, 39, 45, 61, 71, 134, 140, 160, 163, 173, 180, 190, 226, 228, 234, 236, 244, 246, 249, 258, 276, 285, 288, 311, 314, 442, 448,

494

și practicile mindfulness 258

condiționare 21, 74, 444

conștientizare 7, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 36, 39, 40, 42, 51, 53, 61, 76, 82, 97, 104, 112, 142, 146, 169, 171, 181, 183, 198, 199, 249, 258, 271, 283, 290, 315, 319, 322, 325, 340, 341, 347, 356, 366, 391, 395, 402, 408, 415, 421, 429, 434, 436, 440, 477

a corpului 57

metacognitivă 57, 338, 347, 356

preverbală 391

construirea experienței 418

construirea unei societăți iluminate 482

consumul marcat de atitudinea mindfulness 202

control 32, 61, 65, 104, 148, 173, 295, 321, 322, 323, 340, 368, 371, 372, 392, 416, 449, 450, 452, 454, 455, 459, 460, 461, 471, 519, 533, 549, 557

executiv 459

copii 6, 9, 14, 59, 111, 124, 209, 216, 235, 380, 381, 382, 384, 386, 388, 390, 391, 392, 394, 395, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 408, 409, 480, 570, 571

copilul care urlă 373

cortex cingular anterior (CCA) 450, 459

cortex prefrontal dorsolateral 371

cultivarea atenției 5, 130, 140

şi compasiunii 130

cultivarea autoacceptării şi autocompasiunii 252

cultivarea compasiunii 152

cultivarea emoţiilor pozitive 467

curiozitate 23, 56, 162, 180, 195, 236, 237, 388

D

decentrare 123, 280, 284

definiţii pentru mindfulness 21

depăşirea fixaţiei asupra teoriei 124

dependenţă 6, 9, 71, 84, 209, 216, 343, 359, 360, 361, 363, 364, 365, 366, 367, 369, 371, 372, 373, 379, 490

depresie 9, 17, 20, 58, 71, 73, 104, 125, 145, 215, 219, 222, 229, 232, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 253, 254, 256, 259, 261, 263, 264, 265, 266, 273, 334, 339, 343, 346, 349, 378, 448, 454

deschidere 23, 48, 181, 183, 248, 278, 286, 380, 439

detaşare 426, 495

dharma 66, 348, 502, 564, 571

dhukka 53

diabet 62

diferenţierea emoţională 57

disciplină 98, 189, 221, 417, 465, 478, 482

discursul abil 198, 201

disfuncţie sexuală 295, 327

şi insomnie 327

disociere 232, 334

distorsiuni cognitive 74, 250

dizabilitate 303, 308, 311

dorinţă 117, 127, 163, 277, 366, 375, 376, 408, 416, 428, 430, 437, 439, 441, 487, 495

dukkha 415, 430, 486

durere 9, 19, 23, 41, 55, 92, 96, 202, 216, 227, 231, 242, 243, 253, 277, 295, 300, 303, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 318, 320, 321, 322, 323, 324, 335, 337, 348, 349, 438, 443, 451, 461, 464, 468, 487, 489

cronică 9, 315, 320

de spate 296, 297, 300, 301, 302, 304, 305, 306, 308, 315, 323, 324, 325

E

elemente de sprijin ale practicii meditaţiei 95

elementele de sprijin din psihoterapie 94

emergenţa conştiinţei 418

emoţii 23, 28, 37, 38, 41, 42, 43, 46, 57, 59, 72, 83, 111, 113, 114, 134, 142, 145, 148, 154, 155, 176, 230, 235, 242, 244, 282, 283, 284, 286, 290, 315, 316, 326, 346, 397, 402, 448, 469, 487

empatie 117, 118, 144, 149, 150, 161, 172, 402, 446, 456, 458

reciprocă 172

și compasiune 117

energia de flirt 197

epistemologie 97

etică aplicată 5, 186

etiologie 336

evaluarea cu mindfulness 279

evitare 54, 60, 71, 91, 94, 100, 115, 197, 216, 270, 271, 275, 277, 281, 282, 284, 289, 290, 293, 298, 302, 304, 306, 307, 309, 310, 311, 321, 334, 335, 336, 338, 340, 342, 346, 347, 365, 375, 429, 573

comportamentală 115

experiențială 54, 91, 277, 304, 342

și paradoxul durerii 335

exercițiu

de mindfulness în terapie 222

de mindfulness pentru copii 404

corpul magic 404

covorul fermecat 406

fericirea magică 407

magie cu mindfulness 404

mingea magică 408

de întâmpinare 156

elementar de mindfulness relaţional 162

exersarea

acceptării 115

celor trei abilităţi 45

expunere 57, 90, 122, 346

a nevoilor noastre narcisice 122

interoceptivă 91, 288

F

factori

ai trezirii şi practicarea comeditaţiei 183

biologici 73

farmacoterapie 222

fericire 20, 42, 97, 111, 127, 128, 145, 174, 186, 187, 188, 261, 335, 349, 357, 407, 466, 467, 469, 473, 475

flexibilitatea 48, 55, 57, 101, 260, 285, 306

fobii 91, 271, 308

formare clinică 47, 101

forme subtile de tratament nepotrivit 192

frustrare 286, 303, 401

funcţionarea creierului 33, 446

fundamentarea pe experienţa directă 207

G

gânduri 19, 27, 37, 42, 46, 54, 69, 71, 74, 76, 77, 80, 83, 92, 126, 166, 176, 180, 233, 234, 244, 250, 252, 253, 259, 261, 262, 263, 265, 266, 270, 275, 279, 282, 284, 286, 288, 290, 291, 299, 307, 310, 316, 338, 343, 347, 354, 356, 385, 426, 434,

448, 449, 469, 470, 485, 490

I

identitate 334, 364, 429, 444, 449

ignoranţă 416, 488

iluzie 87, 436

impulsuri 89

insight

gândire şi limbaj 81

înţelegere profundă 6, 77, 79, 80, 81, 82, 90, 92, 98, 121, 122, 130, 133, 135, 143, 158, 159, 167, 178, 179, 183, 190, 219, 251, 332, 340, 348, 352, 357, 369, 382, 384, 411, 414, 437, 438, 443, 450, 463, 508, 539, 550

înţelegerea profundă şi descoperirea adevărului 79

insomnie 54, 295, 327

inspirarea şi expirarea compasiunii 155

instinctele, „cauzele fundamentale" şi natura umană 89

integrarea mindfulness-ului în psihoterapie 260

intenţii 59, 69, 156, 334, 393, 439, 482, 494

introspecție 76, 77, 221

invitarea unei probleme şi lucrul cu ea în corp 286

iubire 63, 64, 88, 177, 401, 404, 405

Î

îndrumarea parentală 400

întărire 96, 139, 360

înțelepciune 10, 28, 29, 64, 156, 196, 225, 244, 274, 348, 373, 401, 403, 441, 443, 475, 486, 488, 489, 491

şi compasiune 27

învățare 123, 124, 280, 281, 291, 360, 427, 455

J

joc 381, 382, 385, 386, 397, 398

judecată 23, 27, 211, 233, 236, 269, 270, 275, 338, 355

K

karma 35, 424

karuna 42, 494

ksanti 477

L

lăcomie 89, 436

limbaj 34, 45, 81, 82, 183, 397

liniște 38, 93, 138, 155, 175, 176, 200, 203, 256, 260, 391, 406, 442, 485, 496, 571

listă Bodhisattva cu lucruri de făcut 483

lucrul cu

copiii 380

emoțiile negative 315

furia 192

lumea interpersonală 93

„luptă sau fugi" 298

M

materie albă 458

materie cenușie 451, 452, 455, 456

mecanisme de acțiune a mindfulness 56

medicina

comportamentală 61

minte–trup 296

meditație

și medicația 245

cu mindfulness 141

pentru bunătatea iubitoare 153

pentru bunătatea iubitoare cu autocompasiune 153

pentru concentrare 140

pentru respirație 39

prin bunătate iubitoare 44

metta 42, 142, 153, 376, 448, 494

mindfulness

al sinelui-în-relație 168

aplicat emoției localizate în corp 41

asociat corpului 434

asociat minții 436

asociat obiectelor mentale 438

asociat simțirii 435

ca antrenament pentru atenție 131

ca formare avansată 107

ca parte a unei abordări multilaterale 245

ca pregătire clinică 5, 103

factorii comuni și relația terapeutică 105

insight și terapia traumei 332

pentru celălalt în relaţie 169

pentru mâini 231

pentru relaţia-în-relaţie 173

predat la terapie 5, 217

relaţional 5, 158, 162, 167, 181

şi niveluri de practică 25

şi restructurarea cognitivă 305

şi vindecarea suferinţei 431

terapeutic 23

minipauza pentru mindfulness 257

minte 26, 27, 36, 41, 52, 92, 128, 138, 142, 148, 154, 155, 161, 162, 163, 168, 174, 194, 210, 257, 276, 286, 290, 291, 296, 317, 333, 347, 373, 391, 407, 408, 417, 423, 430, 435, 437, 438, 439, 442, 463, 470, 477, 486, 496, 567

a începătorului 128, 382, 388, 389, 391, 558

minte, creier şi relaţie 161

mişcare-în-relaţie 166

modelul mindfulness de psihoterapie 51

momentul prezent 394

monitorizare deschisă 39, 40, 41, 486

mudita 494

N

natură umană 89, 416

neînfricare 111

neurobiologia mindfulness-ului 445

neuroplasticitate 446

nonsine 53, 85, 87, 88, 487

O

onestitate 201

orientarea către durere 242

P

pacienți 8, 62, 65, 67, 71, 110, 111, 113, 114, 117, 119, 140, 145, 152, 192, 203, 218, 221, 222, 223, 225, 242, 244, 250, 255, 256, 257, 258, 264, 267, 297, 300, 301, 305, 308, 312, 314, 315, 318, 319, 329, 330, 367, 388, 397, 398

panică 18, 269, 270, 271, 273, 275, 284, 288, 292

paradoxul durerii 335, 336, 337

paramita 477

parentaj 400, 401, 402, 403

păstrarea direcției 377

patologie și sănătate 54

percepția și sentimentul 421

perspectivă 56, 71, 74, 96, 107, 120, 121, 148, 162, 186, 189, 216, 284, 344, 346, 347, 348, 402, 415, 426, 431, 443, 444, 446, 448, 476, 486, 495

plăcere 8, 71, 162, 197, 244, 388, 413, 415, 416, 424, 427, 428, 429, 438, 443, 467, 469, 470, 472, 479, 487, 488, 489, 519

posibilitatea fericirii 128

practica formală și informală 36

practica mindfulness 10, 15, 25, 35, 60, 75, 77, 97, 98, 103, 109, 115, 118, 120, 122, 131, 135, 160, 170, 176, 178, 207, 221, 223, 226, 228, 234, 236, 238, 255, 256, 259, 260, 267, 278, 290, 297, 299, 303, 304, 306, 308, 309, 310, 311, 314, 315, 316, 318, 319, 323, 324, 325, 326, 329, 330, 355, 384, 393, 399, 409, 453, 467, 493

relațional 166, 171, 178

practicarea comeditației cu mindfulness 175

practicarea stării de mindfulness 35

practica relațională în psihologia budistă 176

practici

ale compasiunii 237

de concentrare 228

ale bunătății iubitoare și compasiunii 259

prajna 190, 477

pregătirea clasică pentru mindfulness 434

pregătirea etică a terapeutului 191

pregătirea etică budistă 188

prevenirea recăderii 59, 242, 339, 366

prezență

autentică 386

terapeutică 164, 386

programe de tratament bazat pe mindfulness 218

propoziții

calme 151

cu bunătate iubitoare 237

psihologia

budistă 6, 10, 15, 28, 30, 33, 34, 45, 53, 60, 61, 64, 69, 75, 82, 85, 87, 90, 98, 101, 165, 176, 187, 253, 283, 338, 340, 348, 350, 351, 394, 413, 430, 466, 485, 488, 491, 492, 493, 495, 496, 575

și contextualismul 53

și psihologia occidentală 68

pozitivă 6, 64, 465, 468, 472, 476

și Calea Bodhisattva 465

psihoterapeuții și mindfulness-ul 29

psihoterapie 3, 4, 8, 9, 15, 19, 20, 25, 29, 31, 33, 37, 38, 43, 47, 49, 51, 65, 71, 84, 94, 104, 109, 111, 116, 122, 124, 144, 146, 149, 163, 193, 198, 217, 225, 254, 260, 337, 344, 355, 384, 394, 431, 567, 574, 575

bazată pe mindfulness 47, 49, 254, 255

inspirată de mindfulness 47, 49

orientată spre mindfulness 47, 49, 567

psihodinamică 60, 76

umanistă/existenţială 60

putere

a compasiunii 148

a mindfulness-ului şi puterea grupului 263

R

rădăcinile mindfulness 413

originile antice 415

RAIN, acronim 375, 376, 377, 378

reactivitate 57, 72, 135, 177, 242, 265, 289, 293, 392, 401

realitate 14, 28, 52, 53, 55, 61, 73, 76, 80, 81, 83, 97, 119, 121, 169, 306, 352, 392, 398, 416, 419, 426, 430, 477, 565

reciprocitate 165, 167, 181, 201, 204

reducerea stresului 31, 59, 104, 162, 218, 223, 271, 303, 339

reevaluarea 57

reglarea

atenţiei 57, 140

emoţiei 51, 57, 111, 113 , 142

relaţie terapeutică 5, 49, 56, 101, 105, 107, 109, 117, 160, 184, 254, 281, 342

relaţii 55, 84, 85, 88, 93, 101, 106, 108, 159, 170, 173, 177, 210, 222, 239, 262, 291

relaționarea cu mindfulness cu copiii 381

renunţarea la fumat 62, 368

repere pentru dialogul insight-ului 179

respect 84, 189, 191, 201, 204, 209

de sine 122, 123, 124, 250, 262, 339, 431

respect pentru viaţă 189, 191

respiraţie 39, 72, 154, 156, 164, 211, 212, 228, 232, 234, 257, 258, 260, 266, 286, 287, 289, 298, 345, 371, 405

„respiratul cu" 162

rețeaua modului implicit (RMI) 57, 58, 66, 302, 449, 450, 455, 462

rezistenţă 55, 480

rolul intenţiei 423

ruminații 242, 264, 266, 378

ruperea cercului dependenței 359

S

samadhi 190, 477

sampajañña 121

sănătate 54, 61, 85, 187, 240, 297, 464

schimbare

de comportament 24

a activității cerebrale în afara meditației 459

a structurii creierului care apar în urma practicii 451

la nivelul structurii cerebrale în urma practicării meditației 448

scurtă istorie a mindfulness-ului în psihoterapie 29

semnificația

compasiunii 143

mindfulness-ului 15

sentiment 20, 25, 44, 59, 69, 71, 76, 78, 92, 93, 112, 141, 147, 154, 155, 165, 180, 196, 211, 244, 247, 251, 262, 265, 266, 279, 282, 310, 315, 316, 354, 355, 356, 385, 468

plăcut 493

flexibil al sinelui 57

senzații

fizice 141, 155, 244, 285, 286, 287, 437

corporale 230

sexualitate 196

sila 114, 190, 477

simțuri 45, 46, 328, 419, 422

sindromul oboselii cronice 62

sine 425

autobiografic 449

ca o cauză a suferinței 427

construcția sinelui 425

identificarea cu 430

în psihologia budistă 85

sistem

nervos 61, 165

nervos autonom 61, 258, 368

spiritualitate 63

sprijinirea insight-ului experiențial 348

stare de bine 33, 155, 178, 341, 472

stres 17, 41, 48, 62, 138, 152, 154, 155, 229, 233, 236, 271, 276, 277, 293, 298, 302, 324, 325, 332, 334, 454, 456, 458

posttraumatic (SPT) 229, 271, 276, 277, 332, 334

suferință 11, 17, 19, 27, 28, 33, 34, 35, 43, 53, 54, 60, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 85, 89, 90, 97, 99, 100, 108, 117, 119, 121, 126, 128, 135, 138, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 153, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 163, 172, 175, 177, 178, 186, 205, 207, 208, 216, 220, 221, 225, 231, 237, 242, 243, 244, 245, 246, 252, 253, 274, 276, 277, 279, 299, 309, 310, 318, 326, 327, 330, 332, 335, 336, 337, 338, 340, 342, 349, 350, 351, 352, 357, 362, 363, 364, 372, 377,

379, 411, 415, 416, 417, 427, 428, 430, 431, 432, 436, 486, 489, 490, 494, 496

supraviețuitorii traumelor 319

Ș

șapte factori ai trezirii 441

șase sfere ale simțurilor 440

T

tehnici de mindfulness de bază 225

terapeutul practicant 47

terapia

ca practică relațională 167

cognitiv-comportamentală 58

de familie 399

prin acceptare și angajament (TAA) 59, 65, 218, 219, 220, 242, 272, 273, 289, 317, 339, 341, 366

toleranță 56, 64, 324, 326, 336, 361, 372

tolerarea afectului 111, 112, 113, 243

și reglarea emoțională și neînfricarea 111

tonglen 43, 142, 155

tratament 32, 33, 50, 51, 58, 59, 68, 69, 70, 75, 84, 93, 99, 105, 106, 107, 108, 110, 118, 119, 124, 144, 149, 192, 193, 210, 211, 213, 215, 218, 221, 233, 240, 245, 246, 247, 249, 256, 263, 265, 267, 272, 273, 278, 279, 280, 289, 299, 300, 308, 316, 326, 327, 329, 333, 340, 365, 367, 368, 369, 372, 378, 390, 432, 489, 573

comportamental 273

traumă 6, 8, 9, 223, 228, 232, 277, 301, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 339, 340, 341, 342, 344, 345, 346, 347, 348, 350, 351, 352, 353, 354, 356, 357, 358, 505, 510, 517, 518, 526, 542, 546, 548, 550, 552, 555, 556, 560, 562, 563, 564, 565, 570

trei tipuri de meditaţie cu mindfulness 37

trezire 26, 35, 101, 136, 139, 165, 167, 179, 183, 184, 435, 441, 443, 491, 493, 495

triunghi al realităţii 162

tulburare de personalitate borderline 124, 174, 219, 339, 536, 538

tulburări

anxioase 91, 271, 273, 274, 275, 277, 281, 289, 301, 304

asociate durerii şi tensiunii musculare 324

gastrointestinale şi dermatologice 325

psihofiziologice 6, 294, 299, 318, 319, 323

U

ură 89, 436

uzarea

compasiunii 149, 150, 151

empatiei 150

V

vindecarea suferinţei 431

vipassana 41, 69, 199, 249, 486, 571, 574

viziune

asupra lumii 52

occidentală asupra sinelui 84

Y

yoga 223, 289, 320, 343, 417, 464, 502, 525, 529, 571

Z

zen 30, 31, 108, 111, 219, 236, 338, 460, 464, 473, 568, 571